



# **OMA HOITAJAMME - PITKÄAIKAISPOTILAIKEN OMAISTEN KOKEMUKSIA OMA- HOITAJUUDESTA**

Jenni Huikarinen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JENNI HUIKARINEN:

Oma hoitajamme - pitkäaikaispotilaiden omaisten kokemuksia omahoitajuudesta

Opinnäytetyö 63 sivua, joista liitteitä 10 sivua  
Lokakuu 2013

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaispotilaiden omaisten kokemuksia omahoitajuudesta erään Pirkanmaalla sijaitsevan terveystieteiden keskuksen osastoilla. Erityisenä mielenkiinnon kohteena oli se, millaisena pitkäaikaispotilaan omaiset kokevat oman suhteensa omahoitajaan. Tiedonkeruu toteutettiin yksilöhaastatteluin. Haastattelusta saatu tieto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kaikilla pitkäaikaispotilaiden omaisilla ei ollut selvää kuvaa siitä, kuka omahoitaja on tai mitä hän tekee. Tästä huolimatta haastattelut tuottivat kuitenkin monipuolisen kuvauksen omahoitajan toiminnasta. Haastateltavat ilmaisivat pääasiassa olevansa hyvin tyytyväisiä omahoitajan toimintaan.

Haastattelujen mukaan omahoitajan ja potilaan yhteistyösuhde eri muodoissaan oli keskeistä omahoitajan toiminnassa. Omahoitaja nähtiin oman potilaansa hoidon asiantuntijana, ja tämän asioihin voimakkaimmin sitoutuneena hoitohenkilökunnan jäsenenä. Omahoitaja myös kantoi vastuun oman potilaansa hoidosta. Toisaalta omahoitaja voitiin nähdä ”vain” yhtenä hoitajana muiden joukossa, jolloin potilaan, omaisen ja omahoitajan välille ei muodostunut erityistä yhteistyösuhdetta.

Haastatteluissa painottui omaisten oma suhde omahoitajaan. Omaisen oma suhde omahoitajaan näyttäytyi positiivisena tai neutraalina. Joskus voimauttava suhde puuttui kokonaan. Moni omainen ei osannut ajatella itseään yhteistyösuhteessa omahoitajan kanssa, saati hoitotyön toimintojen kohteena. Haastatteluissa korostui haastateltujen käsitys omahoitajan roolista nimenomaan potilaan – ei omaisen – hoitajana.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa terveystieteiden keskuksen osastoille tietoa siitä, miten pitkäaikaispotilaiden omaiset kokevat omahoitajuuden. Tätä tietoa voidaan myöhemmin käyttää toiminnan kehittämisen pohjana. Opinnäytetyön aiheeseen liittyvät kehityshaasteet käsittelevät omaisten roolin vahvistamista potilaan hoidossa. Toisaalta omahoitajan työn tunnetummaksi ja näkyvämmäksi tekeminen voisi vahvistaa omahoitajuutta ja mahdollistaa toimintamalliin liittyvien voimavarojen täyden käytön.

---

Asiasanat: yksilövastuinen hoitotyö, omahoitaja, perhehoitotyö.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

**JENNI HUIKARINEN:**

**Our Primary Nurse - Family Members' Experiences of Primary Nursing Provided for a Relative with a Long-term Illness**

Bachelor's thesis 63 pages, appendices 10 pages  
October 2013

---

The purpose of this study was to survey family members' conceptions of primary nursing in a health center hospital located in Pirkanmaa region. Another purpose was to find out, how the relatives of the long-term patients see their own relationship with the primary nurse. The data were collected by individual interviews. The data were analyzed by using qualitative content analysis.

According to the results, all the informants did not have a clear perception of who the primary nurse was, or what her tasks were. Nevertheless, the interviews produced a versatile description of primary nursing. The informants were mainly very content with the primary nurse's action. The cooperative relationship between the primary nurse and the patient was essential. The primary nurse was seen responsible as well as a specialist regarding the care of her own patient. On the other hand, sometimes there was no special relationship between the primary nurse and the patient, and in those cases the primary nurse was "just another nurse" among others. The relationship between the family members and the primary nurse was emphasized in the interviews. The relationship was either positive or neutral. Sometimes there was no restorative relationship. According to the informants, the role of the primary nurse was to care for a patient – not the family member.

The objective of this study was to provide new information on how the family members see the outcome of primary nursing in a health center hospital. The data collected can be used as a basis for developing family-centered nursing in this environment. On the other hand, increasing the knowledge of the primary nursing among patients and family members could be beneficial. This could strengthen the operational model of primary nursing, and also enable the full utilization of this model.

---

Key words: primary nursing, primary nurse, family nursing.

## SISÄLLYS

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | JOHDANTO.....                                   | 6  |
| 2     | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....            | 8  |
| 3     | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....                  | 9  |
| 3.1   | Yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus.....     | 9  |
| 3.1.1 | Yksilövastuisen hoitotyön perusperiaatteet..... | 10 |
| 3.1.2 | Yksilövastuisen hoitotyön tutkimusta .....      | 11 |
| 3.2   | Perhehoitotyö .....                             | 12 |
| 3.2.1 | Vanhus perheensä jäsenenä.....                  | 14 |
| 3.2.2 | Omaiset osana hoitotyötä .....                  | 15 |
| 4     | MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA .....                | 17 |
| 4.1   | Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä .....         | 17 |
| 4.2   | Aineiston keruu .....                           | 18 |
| 4.3   | Aineiston analysointi .....                     | 21 |
| 5     | TULOKSET .....                                  | 25 |
| 5.1   | Omahoitajan rooli .....                         | 25 |
| 5.1.1 | Potilaan hoitaja.....                           | 25 |
| 5.1.2 | Dokumentoija.....                               | 26 |
| 5.1.3 | Yhteydenpitäjä ja välittäjä.....                | 27 |
| 5.1.4 | Vastuunkantaja.....                             | 27 |
| 5.1.5 | Yksi hoitaja muiden joukossa .....              | 28 |
| 5.2   | Omahoitajuuden toteutuminen käytännössä .....   | 29 |
| 5.2.1 | Omaisten hyvinvoinnin varmistaminen .....       | 29 |
| 5.2.2 | Hoitotyön toiminnoista huolehtiminen .....      | 30 |
| 5.2.3 | Yhteistyö omaisten kanssa .....                 | 31 |
| 5.2.4 | Ohjaaminen ja tiedottaminen .....               | 32 |
| 5.2.5 | Eettinen toiminta .....                         | 33 |
| 5.2.6 | Yhteistyö potilaan kanssa.....                  | 34 |
| 5.2.7 | Käytettävissä oleminen .....                    | 34 |
| 5.3   | Omaisen suhde omahoitajaan .....                | 35 |
| 5.3.1 | Positiivinen suhde omahoitajaan.....            | 35 |
| 5.3.2 | Omahoitajan olemassaolo potilasta varten.....   | 36 |
| 5.3.3 | Voimauttavan suhteen puuttuminen.....           | 36 |
| 5.3.4 | Neutraali suhde omahoitajaan .....              | 37 |
| 5.4   | Omahoitajuuden kehittäminen .....               | 38 |
| 5.4.1 | Omahoitajasuhteen vahvistaminen.....            | 38 |
| 5.4.2 | Ei kehitysehdotuksia .....                      | 39 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 6   | POHDINTA.....                                       | 40 |
| 6.1 | Johtopäätökset.....                                 | 40 |
| 6.2 | Tutkimuksen luotettavuus.....                       | 43 |
| 6.3 | Eettiset kysymykset .....                           | 45 |
| 6.4 | Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset.....  | 48 |
| 6.5 | Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....               | 49 |
|     | LÄHTEET.....  | 50 |
|     | LIITTEET .....                                      | 53 |
|     | Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ..... | 53 |
|     | Liite 2. Teemahaastattelun runko .....              | 56 |
|     | Liite 3. Tiedote .....                              | 57 |
|     | Liite 4. Suostumus .....                            | 58 |
|     | Liite 5. Sisällönanalyysin eteneminen.....          | 59 |

## 1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan tulee toimia yhteistyössä sekä potilaan että omaisen kanssa. Pyrkimystä potilaan yksilölliseen hoitoon perustellaan sekä lainsäädännön että eettisten periaatteiden pohjalta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Sairaanhoitajaliitto 1996; International Council of Nurses 2012.) Myös perhekeskeisyys mainitaan usein yhtenä hoitotyön peruseriaatteena ja hyvän hoidon kriteerinä. Tällä tarkoitetaan sitä, että toiminnan keskipisteeseen nostetaan potilas omaisineen, ja potilaan perheenjäsenet huomioidaan osana hoitoprosessia. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2007, 31; Åstedt-Kurki ym. 2008, 5.) Potilaan joutuminen pitkäaikaishoitoon herättää myös omaisissa monenlaisia tunteita, joiden läpikäymiseen he kokevat tarvitsevansa hoitohenkilökunnan tukea (Mäkisalo-Ropponen 2008, 16). Toisaalta terveydenhuollossa tarvitaan omaisia. Omaisen rooli esimerkiksi tiedonantajana, potilaan seurana ja saattajana, ohjauksen vastaanottajana sekä kotona tapahtuvan jatkohoidon toteuttajana on keskeisen tärkeä. (Åstedt-Kurki ym. 2007, 33; Paavilainen 2009, 226.) Tämä näkökulma korostuu erityisesti, jos hoitajaksojen pituudet terveydenhuollon laitoksissa tulevaisuudessa edelleen lyhenevät (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b, 2; Åstedt-Kurki ym. 2008, 5). Myös hoidon kokonaisvaltaisuus on eräs hyvän hoidon osatekijä (Åstedt-Kurki ym. 2007, 31). On katsottu, että kaikki nämä näkökulmat voidaan ehkä parhaiten huomioida yksilövastuun hoitotyön toimintamallissa, jossa vastuu potilaan kokonaishoidosta on annettu selkeästi yhdelle ihmiselle, omahoitajalle. (Åstedt-Kurki ym. 2007, 3.)

Suomen väestö vanhenee kiihtyvällä vauhdilla. Vuonna 2010 väestöstä 17,5 % eli noin 940 000 henkilöä oli yli 65-vuotiaita. Vuonna 2030 heitä ennustetaan olevan jo 25,6 % eli yhteensä noin 1 500 000 henkilöä. (Tilastokeskus 2012.) Vaikka ikääntyneen väestön terveydentilan ja fyysisen toimintakyvyn odotetaan tulevaisuudessa edelleen paranevan, pitkä ikä tuo mukanaan suurentuneen riskin erilaisiin toimintavajavuuksiin. Erityisesti muistisairaudet lisääntyvät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a, 26.) Vuonna 2010 Suomen terveystieteiden tutkimuskeskuksien vuodeosastoilla hoidetuista potilaista 80 % oli yli 65-vuotiaita. Pisimmät, 3-6 kuukautta kestäneet hoitajakset ovat vähentyneet vajaalla kolmanneksella vuoden 2005 jälkeen, mutta edelleen vuonna 2010 noin 17 000 potilasta viipyi vuodeosastohoidossa yli kolme kuukautta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b, 1-2.)

Tässä opinnäytetyössä yhdistyvät yksilövastuisen hoitotyön (omahoitajuuden) sekä perhehoitotyön näkökulmat. Molemmat ovat hoitotyössä ajankohtaisia aiheita. Kun kuvaan lisätään jatkuvasti vanheneva väestö, pyrkimykset hoitotyön vaikuttavuuden lisäämiseen sekä jatkuvat terveydenhuoltosektorin talouteen kohdistuvat säästöpainet, aihe muuttuu entistäkin ajankohtaisemmaksi. Edellä mainitut tekijät yhdessä korostavat opinnäytetyön aiheen hoitotyötä kehittävää näkökulmaa kuitenkin niin, että keskiössä ehdottomasti säilyy pyrkimys potilaan ja hänen perheensä parhaaseen mahdolliseen hoitoon.

Tämä opinnäytetyö tehdään yhteistyössä erään Pirkanmaalla sijaitsevan terveyskeskussairaalan kanssa. Varsin varhaisessa vaiheessa opinnäytetyön aiheeksi valikoitui yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pitkäaikaispotilaiden omaisten kokemuksia omahoitajuudesta terveyskeskussairaalan osastoilla. Aihetta päätettiin selvittää nimenomaan omaisten näkökulmasta, sillä tällaista selvitystä ei terveyskeskussairaalassa ole aikaisemmin tehty. Selvitystyön toivottiin tuottavan tietoa toiminnan kehittämisen pohjaksi. Opinnäytetyö rajattiin koskemaan vain pitkäaikaispotilaiden omaisia. Katsottiin, että tämän potilasryhmän terveyden ja toimintakyvyn tukemisen kannalta sekä toimivalla omahoitajasuhteella että omaisten ja omahoitajan toimivalla yhteistyösuhteella olisi eniten merkitystä.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pitkäaikaipotilaiden omaisten kokemuksia omahoitajuudesta terveystieteiden sairaalan osastoilla.

Opinnäytetyön tehtävät:

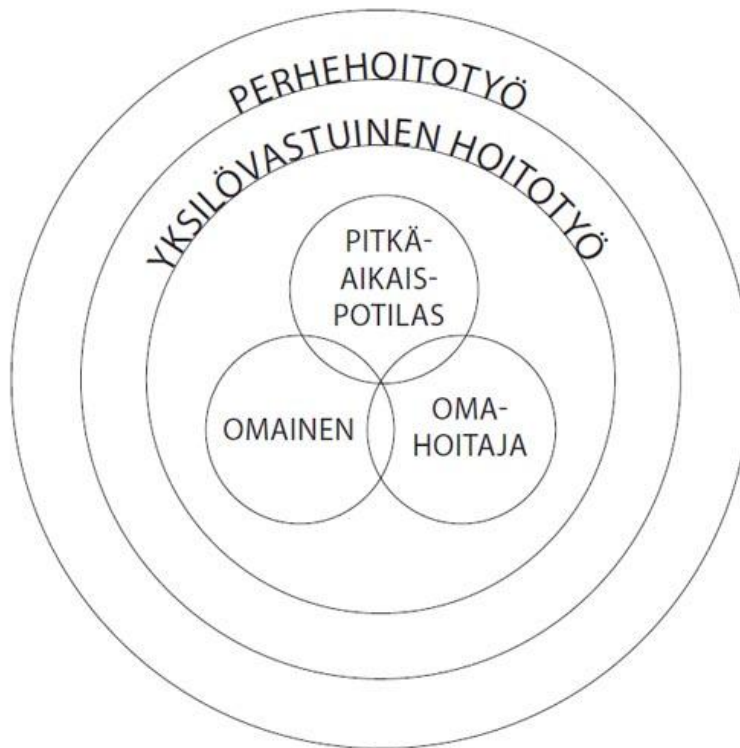
1. Millaisena omaiset kokevat omahoitajan roolin potilaan hoidossa?
2. Miten omahoitajuus käytännössä toteutuu potilaan hoidossa omaisten mielestä?
3. Millaisena omaiset kokevat oman suhteensa omahoitajaan?
4. Miten omaiset toivoisivat omahoitajuuden toteutusta kehitettävän osastoilla?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa terveystieteiden sairaalan osastoille tietoa siitä, miten pitkäaikaipotilaiden omaiset kokevat omahoitajuuden. Tätä tietoa voidaan myöhemmin käyttää toiminnan kehittämisen pohjana.



### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan yksilövastuisen hoitotyön toteutumista eräässä Pirkanmaalla sijaitsevassa terveyskeskussairaalassa pitkäaikaishoitotilaiden omaisten silmin katsottuna. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään kirjallisuuteen pohjautuen opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä (kuvio 1), joita ovat pitkäaikaishoitotilas, omainen, omahoitaja, yksilövastuinen hoitotyö ja perhehoitotyö.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

#### 3.1 Yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus

Yksilövastuinen hoitotyö (engl. primary nursing) sai alkunsa Yhdysvalloissa 1960-luvulla. Uuden toimintamallin syntyyn vaikutti hoitajien tyytymättömyys vallitseviin toimintatapoihin, joissa korostuivat hoidon pirstoutuneisuus ja tehtäväkeskeisyys, viestinnän monimutkaisuus, potilaskontaktien vähäisyys, tyytymättömyys hoitotyön laatuun sekä ammatillisten haasteiden puute. Toimintamallin käyttöönottajana mainitaan hoitotieteen uranuurtaja Lydia E. Hall, joka toimi New Yorkissa 1960-luvun alkupuolella.

Hallin perustamassa Loeb Centerissä jokainen hoitaja vastasi päivittäin omien potilaidensa hoidosta. Hallin ajatusten pohjalta mallia eteenpäin kehitti Marie Manthey, joka julkaisi ensimmäisen artikkelin aiheesta *American Journal of Nursing* –julkaisussa vuonna 1973. Suomeen yksilövastuinen hoitotyö saapui 1980-luvulla. (Hegyvary 1991, 24; Laaksonen 1994, 76; Pontin 1999, 584; Manthey 2009, 36.)

Yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofia että käytännön hoitotyön organisointimalli. Yksilövastuisen hoitotyön perusajatus on, että potilas on toiminnan keskipisteenä, ja että yksi hoitaja vastaa potilaan hoidosta siitä asti kun potilas saapuu sairaalaan aina hänen kotiuttamiseensa saakka. Tätä hoitajaa kutsutaan potilaan omahoitajaksi. (Hegyvary 1991, 17.)

Yksilövastuinen hoitotyö perustuu potilaan ja omahoitajan väliseen yhteistyösuhteeseen. Heidän yhteisenä tavoitteenaan on potilaan senhetkisen terveyden edistäminen. Yhteistyösuhteeseen kuuluu, että potilas ja omahoitaja ovat yhdenvertaisia. Omahoitajan tehtäviin kuuluu pitää yhteyttä potilaan läheisiin ja tarjoutua oma-aloitteisesti yhteistyöhön heidän kanssaan, jos potilas näin toivoo. (Munnukka 1993, 99; Åstedt-Kurki ym. 2007, 32).

### **3.1.1 Yksilövastuisen hoitotyön perusperiaatteet**

Sue Hegyvaryn (1991, 17–19) mukaan yksilövastuisen hoitotyön perusperiaatteet ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Vastuullisuuden periaatteella tarkoitetaan, että yksi tietty hoitaja on vastuussa potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta koko tämän sairaalassaoloajan. Hoitaja vastaa toiminnastaan ensisijaisesti potilaalle ja hänen omaisilleen, mutta myös kollegoilleen ja työnantajalleen. Luonnollisesti hän myös vastaa toimintansa laillisuudesta. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteisiin kuuluva ympärivuorokautinen vastuu potilaan hoidosta tarkoittaa, että omahoitaja suunnittelee potilaan hoidon, ja siirtää vuoronsa päättyessä hoitovastuun toiselle hoitajalle. Vastuullisuus ei tarkoita, että omahoitajan tulisi hoitaa potilasta omakätisesti vuorokauden ympäri, tai olla jatkuvasti saatavilla. (Hegyvary 1991, 18; Åstedt-Kurki ym. 2007, 32.)

Autonomian periaate edellyttää, että omahoitaja saa tehdä potilaansa hoitoa koskevia päätöksiä ammatin itsemääräämisoikeuden rajoissa. Yksilövastuinen hoitotyö oli en-

simmainen hoitotyön malli, jossa hoitajalle annettiin kokonaisvastuu potilaan hoidosta. Tällainen toimintatapa on myös vahvistanut hoitotyön asemaa professiona. (Hegyvary 1991, 18; Manthey 2009, 36; Manthey & Lewis-Hunstiger 2006, 4.) Professiona tarkoittaa ammattia, joiden harjoittajilla on korkean koulutuksen ja tutkinnon perusteella saavutettu yksinoikeus toimia itsenäisesti tietyssä ammatissa (Henriksson & Wrede 2004, 10–11).

Koordinoinnin periaate tarkoittaa, että omahoitaja sovittaa yhteen hoitotyön eri osat ja takaa näin hoitotyön jatkuvuuden. Tällöin kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla hoitajilla on samat tiedot potilaasta ja sama käsitys hänen hoidostaan. Omahoitaja hoitaa potilasta ollessaan työvuorossa; muulloin hän koordinoi muun hoitohenkilökunnan antamaa hoitoa. Hänen tehtävänä on siis ikään kuin toimia potilaan ”asianajajana”. Muut potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat toteuttavat omahoitajan laatimaa hoitosuunnitelmaa, ja olosuhteiden muuttuessa tarvittaessa päivittävät sitä. Edellä mainittuja muita hoitajia kutsutaan (omahoitajaa) korvaaviksi hoitajiksi. (Hegyvary 1991, 18, 30; Åstedt-Kurki ym. 2007, 32.)

Kattavuuden periaatteen mukaisesti omahoitaja tai häntä korvaava hoitaja antaa kaiken tarvittavan hoidon potilaalle. Tämä sulkee pois tehtäväkeskeisen toiminnan mahdollisuuden. Hegyvary (1991) korostaa, että nämä neljä yksilövastuun hoitotyön perusperiaatteita eivät toteudu täydellisesti joka tilanteessa, mutta niiden avulla voidaan määritellä yksilövastuun hoitotyön olemusta, ja niitä voidaan pitää toiminnan tavoitteina. (Hegyvary 1991, 17–19.)

### **3.1.2 Yksilövastuun hoitotyön tutkimusta**

Terttu Munnukka (1993) on tutkinut siirtymistä tehtävien hoidosta yksilövastuuseen hoitotyöhön. Suomalaisen yksilövastuun hoitotyön perusteoksiin kuuluvassa väitöskirjassaan hän haastatteli neljän osaston potilaita. Kahdella osastolla toteutettiin yksilövastuun hoitotyön mallia, kahdella taas työskenneltiin tehtäväkeskeisen mallin mukaisesti. Tutkimuksen mukaan yksilövastuun hoitotyön mallin mukaisesti työskennellessä potilaiden saaman ohjauksen määrä lisääntyi. Omahoitajat myös ryhtyivät ohjaukseen oma-aloitteisemmin kuin vertailuosastojen hoitajat, ja kiireen tuntu ohjaustilanteissa väheni. Yksilövastuuseen hoitotyöhön siirtymisellä Munnukka havaitsi olevan

myös muita suotuisia vaikutuksia: potilaat saivat yksilöllisempää ja kokonaisvaltaisempaa hoitoa, ja heidän omaisensa osallistuivat hoitoon useammin kuin vertailuosastoilla. Lisäksi omaiset saivat tukea, ohjausta ja apua omaan tilanteeseensa selvästi useammin kuin vertailuosastojen potilaiden omaiset. (Munnukka 1993, 108–111.)

Rantanen ym. (2010, 146) selvittivät omahoitajamallin vaikutusta perheiden hoitohenkilökunnalta saamaan tukeen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sektoreilla. Heidän tutkimustulostensa mukaan omahoitajamallilla ei ollut merkitsevää yhteyttä omaisten kokemaan kohtaamiseen, tiedon saantiin tai hoitoon osallistumiseen (Rantanen ym. 2010, 146).

Merja Mäkisalo-Ropposen (2008, 18) eräässä terveyskeskussairaalassa haastattelemat pitkäaikaishoitotilaiden omaiset kuvasivat omahoitajaa laadukkaana hoidon avainhenkilöksi ja dementoituneen potilaan tulkiksi, mutta osa heistä kuitenkin totesi, ettei heillä ollut selvää kuvaa omahoitajan toimenkuvasta ja tehtävistä.

Heli Potinkara on väitöstutkimuksessaan tutkinut vakavasti sairaiden potilaiden omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä suhdetta teho-osastoympäristössä. Tutkimustulosten mukaan omahoitajasysteemi mahdollistaa omaisen ja hoitavan henkilön suhteen jatkuvuuden ja muodostumisen läheiseksi. (Potinkara 2004, 55, 70.) Anu Nymanin pro gradu -tutkielmassa on selvitetty pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden näkemyksiä omahoitajuuden toteutumisesta. Tutkimuksen löydösten mukaan omahoitajan ja potilaan läheisten yhteistyö sujui heikosti, ja omaisten omahoitajalta saama neuvonta oli heikkoa. Tätä mieltä oli yli puolet vastaajista. (Nyman 2006, 26.)

### **3.2 Perhehoitotyö**

Yhden perheenjäsenen sairaus vaikuttaa koko perheeseen. Perhehoitotyö ja sen taustalla oleva perhekeskeisyyden periaate tarkoittavat, että potilaan perhe otetaan mukaan potilaan hoitoprosessiin. Potilas huomioidaan perheensä jäsenenä myös sairaalahoidon aikana, ja potilaan perhe huomioidaan osana potilaan hoitoa. Kun potilas omaisineen kohotetaan hoitotyön toiminnan keskiöön, voidaan puhua perhekeskeisestä hoitotyöstä. Nykykäsityksen mukaan omaisten osallistumista potilaan hoitoon ei kuitenkaan voida edellyttää, vaan osallistuminen perustuu pikemminkin vapaaseen tahtoon ja osallistu-

mismahdollisuuksien luomiseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16; Potinkara 2004, 90; Åstedt-Kurki ym. 2007, 31; Åstedt-Kurki ym. 2008, 5, 124; Paavilainen 2009, 219.)

Vaikka perheen merkitys potilaan hyvinvoinnille on tiedostettu läpi ammatillisen hoitotyön historian, Suomessa perhekeskeisyyden periaate on käytännön tasolla parhaiten huomioitu äitiys- ja lastenhoitotyössä (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 25). Kuitenkin myös muilla terveydenhuollon sektoreilla perhehoitotyön näkökulma olisi syytä pitää toiminnan ohjenuorana esimerkiksi siksi, että jatkuvasti lyhenevät hoitojaksot aiheuttavat aivan uudenlaisia vaatimuksia kotona toteutettavalle jatkohoidolle. Tässä potilaan omaisilla on usein suuri rooli. Perheen ottaminen mukaan potilaan hoitoon voi edistää toiminnan tehokkuutta ja pienentää toiminnan kustannuksia. Lisäksi yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa väistämättä koko perheeseen, ja usein omaiset voivat olla jopa potilasta huolestuneempia tilanteesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 16–17; Åstedt-Kurki ym. 2008, 5; Paavilainen 2009, 221, 233.)

Perhehoitotyöhön liittyvät suomenkieliset käsitteet ovat osittain epäselviä ja vaikeaselkoisia. Käsitteitä perhehoitotyö (family nursing), perhekeskeinen hoitotyö (family centered nursing) ja perhesysteeminen hoitotyö (family system nursing) on käytetty epäjohdonmukaisesti ja niitä tarkemmin määrittelemättä. Perhehoitotyötä ja perhekeskeistä hoitotyötä voidaan kuitenkin pitää samansisältöisinä käsitteinä. (Hakulinen ym. 1999, 26, 38.) Selvyyden ja yksinkertaisuuden vuoksi tässä työssä käytetään käsitettä perhehoitotyö.

Perhehoitotyö voidaan määritellä kolmen näkökulman kautta. Perhe voidaan nähdä potilaan taustatekijänä – tilanteesta riippuen joko voimavarana tai kuormittavana tekijänä – jolloin hoito kuitenkin kohdistuu selkeästi potilaaseen. Perhettä voidaan ajatella myös osiensa summana, jolloin mielenkiinto kohdistuu eri perheenjäseniin ja perheen sisäiseen vuorovaikutukseen. Jos hoitotyön asiakkaaksi ajatellaan yksilön sijasta koko perhe, huomio kiinnitetään perheen muutokseen ja kehitykseen sekä voimavaroihin ja selviytymiskeinoihin. Nämä tarkastelutavat eivät sulje toisiaan pois, ja niitä voidaan soveltaa samankin potilaan kohdalla tilanteen kulloinkin vaatimalla tavalla. (Hakulinen ym. 1999, 38.)

### 3.2.1 Vanhus perheensä jäsenenä

Perheen määritelmä on muuttunut viimeisten vuosikymmenten aikana. Aiemmin perheellä on yleensä tarkoitettu ns. ydinperhettä, joka koostuu isästä ja äidistä sekä heidän yhteisistä lapsistaan. Nykyään perheen käsite on paljon monimuotoisempi: sillä saateen ydinperheen lisäksi tarkoittaa vaikkapa lapsetonta pariskuntaa, uusperhettä tai yksinhuoltajaperhettä. Myös yksin eläviä aikuisia on paljon. Perheen määritelmä on myös kulttuurisidonnainen: Suomessa perheellä tarkoitetaan usein samassa taloudessa asuvien ihmisten joukkoa, kun taas monissa muissa maissa perhe tarkoittaa paremminkin koko sukua, kuten esimerkiksi isovanhempia ja serkkuja. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 21–22; Tukiainen & Lindroos 2009, 39.) Kuitenkaan yhdessä asuminen ei ole paras mahdollinen perheen tunnusmerkki, sillä esimerkiksi yksin asuvan aikuisen perhe voivat olla toisessa osoitteessa asuvat, hänelle läheiset ihmiset. Perheenjäseniä voivat siis yhdistää biologiset tekijät (esim. vanhemmuus, sisarus), juridiset tekijät (esim. avioliitto tai rekisteröity parisuhde) tai emotionaaliset tekijät (esim. ystävyys). Koska perhe voi määrittyä näin monella eri tavalla, on katsottu parhaaksi, että henkilö itse saa määritellä, mikä hänen perheensä on ja ketä siihen kuuluu. Potilaan mielipiteestä riippuu, kenelle hänen tilastaan voidaan antaa tietoja, ja kuka saa osallistua hänen hoitoonsa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11–13; Paavilainen 2009, 219, 232–233.)

Myös vanhojen ihmisten asema perheessä on viime aikoina muuttunut. Aikaisempina vuosikymmeninä suuret perheet olivat tavallisia, ja vanhukset asuivat osana perheitä. Nykyään on harvinaista, että vanhukset elävät yhdessä lastensa ja lastenlastensa kanssa. Vanhetessaan ihmiset kuitenkin tarvitsevat toisten tukea yhä lisääntyvässä määrin. Usein tätä tukea antavat puoliso sekä lapset. Erilaisten kotiin saatavien tukipalvelujen sekä omaishoidon avulla pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta voidaan lykätä. Omaisten rooli vanhuspotilaan elämänhistorian ja persoonallisuuden asiantuntijoina korostaa heidän asemaansa paitsi hoidon tärkeänä voimavarana, myös vanhuspotilaan henkisenä ja konkreettisena tukena. (Heikkilä & Larivaara 2009, 177–178, 186; Åstedt-Kurki ym. 2008, 70–71.)

Kun potilas joutuu pitkäaikaishoitoon, muuttunut tilanne saattaa herättää omaisissa monenlaisia tunteita. Omainen saattaa tuntea syyllisyyttä siitä, ettei ole enää kyennyt huolehtimaan potilaasta kotona, tai siitä ettei pysty vierailemaan osastolla tarpeeksi usein. Näiden tunteiden ja jopa tilanteen aiheuttamien erilaisten kriisireaktioiden läpikäymi-

seen omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnan apua. Pienet konkreettiset teot kuten esimerkiksi ruokailumahdollisuuden tai kahvin tarjoaminen osastolla osoittavat hoitohenkilökunnan välittävän omaisten voinnista. (Mäkisalo-Ropponen 2008, 16.)

### 3.2.2 Omaiset osana hoitotyötä

Potilaan perheenjäsenten huomioimista osana potilaan hoitoa on tutkittu jonkin verran. Omaisten kokemusten mukaan kohtaaminen, kontakti ja vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa ovat tärkeitä, ja ne toteutuvat usein varsin hyvin, mutta aloite keskusteluun lähtee yleensä heistä itsestään tai potilaasta, ei hoitohenkilökunnasta. Keskustelu koskee useimmin potilaan sen hetkistä vointia, mutta vain harvoin omaisen omaa vointia tai perheen hyvinvointia koskevia asioita. Omaiset kuitenkin toivovat hoitohenkilökunnan aloittavan oma-aloitteisesti keskustelun heidän kanssaan, sekä olevan kiinnostuneita heidän hyvinvoinnistaan ja myös kysyvän asiasta suoraan. (Hopia ym. 2004, 26–27; Hopia 2006, 65; Rantanen ym. 2010, 146.)

Omaisen ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä on myös tutkittu (esim. Hopia ym. 2004). Potilailta ja omaisilta kerätyn tiedon mukaan vuorovaikutusta edistävät ennen kaikkea omaisen oma kiinnostus vuorovaikutukseen sekä hoitohenkilökunnan aktiivisesti tarjoamat mahdollisuudet keskusteluun. Muita vuorovaikutusta edistäviä tekijöitä ovat esimerkiksi hoitohenkilökunnan ystävällinen asenne omaisia kohtaan, potilaan toive omaisen ja hoitohenkilökunnan välisestä keskustelusta, hyvä ilmapiiri työyksikössä, työntekijöiden välinen sujuva tiedonkulku ja hoitohenkilökunnan helppo lähestyttävyys. Toisaalta potilaiden ja omaisten mukaan vuorovaikutusta vaikeuttaa eniten henkilökunnan kiire. Myös vuorotyön tuomat rajoitteet, hoitohenkilökunnan vaikea tavoitettavuus ja suuri vaihtuvuus sekä omaisen oma arkuus koetaan tekijöiksi, jotka vaikeuttavat omaisen ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta. Myös hoitohenkilökunnan epäystävällisyys ja haluttomuus yhteistyöhön sekä toisaalta potilaan ja omaisen huonot välit vaikeuttavat vuorovaikutusta omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä. (Hopia ym. 2004, 27.)

Tiedon ja ohjauksen antaminen potilaan omaisille on osa perhehoitotyötä (Åstedt-Kurki ym. 2007, 33). Oikean tiedon saaminen on potilaan ja omaisen oikeus. Tiedon saaminen on edellytyksenä myös sille, että potilas ja omainen voivat päättää siitä, miten potilasta

hoidetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Paavilainen 2009, 228.) Tärkeää on, että omainen kokee saavansa rehellistä tietoa riittävästi ja oikea-aikaisesti sekä hienovaraisesti. Hoitajan ja lääkärin antaman tiedon on oltava yhtenäistä. (Potinkara & Åstedt-Kurki 2005, 2779.) Potilaan terveydentilaan ja hoitoon liittyvää tietoa omaiset kokevat saavansa hyvin ja riittävästi. Sen sijaan tietoa omaa jaksamistaan varten omaiset kokevat saavansa selvästi edellistä huonommin. (Rantanen ym. 2010, 146–147.) Usein terveydenhuoltohenkilökunta kokee antavansa enemmän tietoa ja ohjausta kuin mitä omaiset kokevat saavansa (Åstedt-Kurki ym. 2007, 33).

Omaiset toivovat usein voivansa osallistua sairaalassa potilaana olevan perheenjäsenenä hoitoon (Åstedt-Kurki ym. 2008, 59). ”Hyödyksi oleminen”, hoitoon osallistuminen esimerkiksi pieniä hoitotoimenpiteitä tekemällä saattaa helpottaa omaisen tilanteessa kokemaa ahdistusta (Paavilainen 2009, 227). Osallistuminen potilaan hoitoon voi muodostua omaiselle voimauttavaksi kokemukseksi (Potinkara 2004, 91). On kuitenkin havaittu, että omaiset kokevat mahdollisuutensa osallistua potilaan hoitoon rajallisiksi (Voutilainen 2004, 61; Rantanen ym. 2010, 146). Toisaalta esimerkiksi vanhempien rooli lapsipotilaan hoitajina lastenosastolla on varsin merkittävä koko osaston toiminnan kannalta (Paavilainen 2009, 226). Omaiset toivovat, että hoitohenkilökunta aktiivisesti tarjoaa heille mahdollisuuksia osallistua potilaan hoitoon, sillä toimiminen omaaloitteisesti tällaisessa asiassa koetaan vaikeaksi. On kuitenkin muistettava, että osa omaisista voi kokea koko tilanteen niin vaikeaksi ja raskaaksi, ettei voi edes vierailla potilaan luona, saati osallistua hänen hoitoonsa. (Mäkisalo-Ropponen 2008, 18).



## 4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Se on eräs hoitotieteellisen tutkimuksen vakiintuneista tutkimusmenetelmistä kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen ohella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Kerätty tieto analysoitiin aineistolähtöisen eli induktiivisen sisälönanalyysin avulla. Tässä osiossa selvitetään valitun tutkimusmenetelmän käyttöä sekä teorian tiedon valossa että opinnäytetyön tekoprosessiin liittyvien valintojen perustelujen kautta.

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaa tämän opinnäytetyön tutkimusmetodiksi voidaan perustella monin tavoin. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 41) mukaan tutkimusmetodia valittaessa tulee punnita ensisijaisesti sitä, millä menetelmällä parhaiten saadaan vastaus tutkimusongelmiin tai –tehtäviin. Kvalitatiivisella tutkimuksella tähdätään todellisen elämän kuvaamiseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin voidaan tutkia esimerkiksi henkilöiden kokemuksia, tulkintoja, näkemyksiä ja käsityksiä. Tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen tiedonantajien näkökulmaa tutkittavaan ilmiöön. Tyypillisiä kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueita ovat esimerkiksi tutkimuskohteet joista ei vielä tiedetä juuri mitään. Myös asioita, joihin halutaan saada uusi näkökulma, voidaan tutkia kvalitatiivisesti. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää voidaan hyödyntää myös silloin, kun on herännyt epäily teorian tai käsitteen merkityksestä, aiempien tutkimustulosten paikkansapitävyydestä tai aiemmin käytetyn tutkimusmenetelmän sopivuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50; Kylmä & Juvakka 2012, 23.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi soveltui parhaiten laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska tarkoituksena oli kartoittaa pitkäaikaispotilaiden omaisten yksilöllisiä, ainutlaatuisia kokemuksia tutkimusaiheeseen liittyen.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 50) ovat luetteloineet kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä. Naturalistisuus tarkoittaa, että tutkittavia ilmiöitä tarkastellaan luonnollisissa olosuhteissa ja aidoissa tilanteissa, esimerkiksi tutkittavien ilmiöiden ta-

pahtumapaikoilla. Yksilöllisyys merkitsee, että tutkittavan henkilön omia tuntemuksia ja toiveita kuunnellaan, ja tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan tutkimuksen tiedonantajien näkökulmasta. Dynaamisuus tarkoittaa tutkimusprosessin ja -asetelman joustavuutta ja esimerkiksi tutkimustehtävien täsmentymistä prosessin edetessä. Tyypillisesti tutkimustehtävät saattavat prosessin alussa olla laajojakin. Myös uusia tutkimustehtäviä saattaa syntyä prosessin edetessä. Kvalitatiivinen tutkimus on kontekstispesifiä, eli se liittyy aina johonkin tiettyyn tilanteeseen tai tapahtumaan. Tästä seuraa se, että tutkimuksen tulokset ovat myös kontekstiin liittyviä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa hyväksytäänkin, että todellisuus voi näyttäytyä erilaisena eri ihmisille. Tästä syystä tutkijan tulee tutkimusraportissaan kuvata tutkimuksen tiedonantajat ja heidän todellisuutensa, jotta tuotetun tiedon käyttökelpoisuutta voidaan arvioida. Induktiivisuudella tarkoitetaan, ettei tutkimusprosessi ole tiukasti sidottu mihinkään ohjaavaan teoriaan tai teoreettiseen lähtökohtaan. Kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyvä päättelyketju on perusmuodoltaan induktiivinen. Yksittäisistä tapahtumista tehdään päätelmiä, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50–51; Kylmä & Juvakka 2012, 23, 26, 28.)

## 4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin eräässä Pirkanmaalla sijaitsevassa terveyskeskussairaalassa. Terveyskeskussairaala tuottaa perusterveydenhuoltoon kuuluvia sairaalapalveluita. Terveyskeskussairaalassa on kaksi 41-paikkaista vuodeosastoa; molemmilla osastoilla on lisäksi 14-paikkaiset dementiayksiköt. Hoitoon pääsystä päättävät terveyskeskuslääkärit, ja potilaat tulevat mm. alueen päivystyksistä, omalääkärin vastaanotolta tai alueen muista sairaaloista ja vanhainkodeista. Noin kolmasosa osastojen potilaista on pitkäaikaishoidossa. He eivät enää selviydy kotona, vaan odottavat terveyskeskussairaalan osastoilla laitoshoitopaikkaa. Näille potilaille on tehty pitkäaikaishoito- eli ns. PAS-päätös. Tässä työssä pitkäaikaishoitolailla tarkoitetaan juuri tätä potilasryhmää.

Aineiston keruun menetelmäksi valittiin haastattelu. Haastattelu on sopiva tiedonkeruumenetelmä silloin, kun on tarkoitus kerätä tietoa siitä, mitä ihminen ajattelee. Haastattelu, jossa haastattelija esittää kysymykset suullisesti, on joustavampi menetelmä kuin kysely, jossa tiedonantajat vastaavat heille kirjallisesti esitettyihin kysymyksiin. Haastattelun etuna voidaan mainita mahdollisuus saada syvällistä tietoa tutkimuskohteesta.

Saatuja tietoja voidaan myös tarvittaessa selventää ja syventää. Haastattelussa on esimerkiksi mahdollisuus toistaa kysymys tarvittaessa sekä selventää käytettyjä ilmauksia. Vastausaktiivisuus muodostuu yleensä paremmaksi kuin esimerkiksi kyselytutkimuksissa. Haastattelujen avulla tietoa voidaan kerätä myös sellaisilta henkilöiltä, jotka eivät pystyisi vastaamaan tai eivät todennäköisesti vastaisi kyselyihin. Esimerkiksi tiedonantajiin liittyvät kirjoittamista haittaavat rajoitteet (esim. huono näkö) tai kykenemättömyys kirjalliseen ilmaisuun eivät haittaa tiedonkeruuta, kun tietoa kerätään haastattelun avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 98; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–75; Hirsjärvi & Hurme 2010, 35.)

Haastattelujen heikkouksina ovat niiden tekemisen työläys ja se, että niiden toteutus vaatii runsaasti aikaa. Tällöin myös aineistojen koko muodostuu kyselytutkimuksia pienemmäksi, josta voi mahdollisesti seurata luotettavuusongelmia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 98.) Haastattelu voi myös sisältää monia mahdollisia virhelähteitä; haastateltavat saattavat esimerkiksi antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia todellisten mielipiteidensä sijaan (Hirsjärvi & Hurme 2010, 35). Haastattelun konteksti- ja tilannesidonnaisuus saattaa saada tiedonantajat tuottamaan erilaisia vastauksia kuin mitä he jossain toisessa tilanteessa saattaisivat antaa (Hirsjärvi ym. 2009, 207). Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 98) muistuttavat myös, että tutkijan ja tutkittavan väliseen valta-asetelmaan liittyvät seikat saattavat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Opinnäytetyön aihetta ajatellen haastattelu oli onnistunut tiedonkeruumenetelmä. Tiedonkeruu vei runsaasti aikaa, mutta haastattelu oli jokseenkin miellyttävä, jopa voimauttava kokemus niin haastateltavien kuin haastattelijankin mielestä. Haastattelun myötä haastateltavat saivat mahdollisuuden kertoa usein raskaastakin elämäntilanteestaan pitkäaikaispotilaan omaisena, ja haastattelijan oli kunnia olla tällaisen luottamuksenosoituksen kohteena. Muutamit pitkäaikaispotilaiden omaiset tosin kieltäytyivät haastattelusta kuullessaan että haastattelu tullaan nauhoittamaan. Haastatteluiden kuluessa kuitenkin kävi ilmi, että haastateltavat unohtivat nauhurin olemassaolon varsin pian, ja haastattelutilanne muuttui rennoksi ja jopa miellyttäväksi keskustelutilanteeksi.

Opinnäytetyössä haastateltiin yhtä tiedonantajaa kerrallaan. Yksilöhaastattelu on sopiva haastattelumuoto esimerkiksi silloin, kun tutkimus käsittelee jollain tavalla arkaa tai herkkää aihetta, ja on syytä epäillä ettei tiedonantaja mielellään keskustelisi siitä muiden ihmisten kuullen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95). Ennen varsinaisten

haastattelujen aloittamista tehtiin yksi koehaastattelu, jonka tarkoituksena oli testata laadittua haastattelurunkoa todellisessa haastattelutilanteessa. Koehaastattelun perusteella ei kuitenkaan tehty varsinaisia muutoksia haastattelurunkoon. Tästä syystä myös koehaastattelussa saatu aineisto otettiin mukaan opinnäytetyöhön.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa valitaan tietyt teemat, joita käydään läpi tarkentavien apukysymysten avulla. Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu, että haastattelun keskeiset teemat tai aihepiirit on päätetty ennakolta, mutta kysymysten muoto ja järjestys voi vaihdella haastattelusta toiseen. Valittujen teemojen tulee perustua tutkimuksen viitekehukseen, eikä mitä tahansa mielenkiintoiselta tuntuvaa voi teemahaastattelussakaan kysyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–75.) Kylmä ja Juvakka (2012, 78, 80) varoittavat kuitenkin raamittamasta haastattelua apukysymysten avulla liian voimakkaasti - tällöin teemahaastattelu saattaa muuttua strukturoiduksi haastatteluksi, ja haastateltavien todellinen sanoma saattaa jäädä kertomatta. Hirsjärvi ja Hurme (2010, 35) puolestaan korostavat, että tutkimustilanteessa haastateltavan on saatava tuoda esiin mielipiteitään ja itseään koskevia asioita niin vapaasti kuin mahdollista.

Yksilöhaastattelu osoittautui opinnäytetyön aiheeseen sopivaksi tiedonhankinnan muodoksi. Hoitajien toiminnan ja hoitomenetelmien toimivuuden arviointia voidaan pitää jossain määrin sensitiivisenä aiheena, ja on helppo kuvitella, etteivät haastateltavat ehkä olisi tuoneet näkemyksiään kovin vapaasti esiin, jos haastattelutilanteessa olisi ollut läsnä muita henkilöitä. Toisaalta saman aiheen kartoittaminen ryhmähaastattelun keinoin olisi saattanut tuoda lisää ajatuksia ja uudenlaista näkökulmaa aihepiireihin, jotka nyt toteutetuissa haastatteluissa jäivät tuloksiltaan köyhätköiksi.

Opinnäytetyön tiedonantajina toimivat terveyskeskussairaalan pitkäaikaispotilaiden omaiset. Haastattelut toteutettiin terveyskeskussairaalan tiloissa. Haastateltavia oli yhteensä viisi. Haastateltavista kolme oli miehiä ja kaksi naisia. Iältään he olivat 43–75 –vuotiaita (keskiarvo noin 63 vuotta). Kaksi haastateltavista oli suorittanut kansakoulun, kaksi ammattikoulun, ja yksi ammattikorkeakoulun. Sukulaisuussuhde terveyskeskussairaalassa hoidettavana olevaan potilaaseen vaihteli: haastateltavien joukossa oli yksi aviomies, kaksi poikaa, yksi tytär ja yksi lapsenlapsi.

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston hankinnassa kiinnitetään tiedonantajien määrän sijasta huomiota kerättävän aineiston laatuun. Koska tutkimuksen tarkoituksena ei ole tuottaa tilastollisesti yleistettävää tietoa, tiedonantajien määrä kvalitatiivisessa tutkimuksessa jää huomattavasti kvantitatiivista tutkimusta pienemmäksi. Haastateltavien valinnassa on olennaista, että tiedonantajilla on mahdollisimman paljon kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tätä tapaa valita tiedonantajat laadulliseen tutkimukseen kutsutaan valikoivaksi eli tarkoituksenmukaiseksi otannaksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83, 85; Kylmä & Juvakka 2012, 26–27.) Leino-Kilpi (2009, 366) kehottaa kuitenkin kiinnittämään tarkasti huomiota haastateltavien valintaan: epäonnistuessaan se saattaa ohjata tai vinouttaa tutkimustuloksia.

Tähän selvitykseen tiedonantajat valittiin tarkoituksellisesti sellaisten omaisten joukosta, joilla katsottiin olevan mahdollisimman paljon tietoa omahoitajuuden toteutumisesta terveyskeskussairaalassa. Tiedonantajien valinta tehtiin yhteistyössä terveyskeskussairaalan osastonhoitajien kanssa. Haastateltavien valinnalle asetettiin kolme kriteeriä. Haastateltavat valittiin niiden potilaiden omaisten joukosta, jotka olivat olleet osastolla hoidossa pisimpään. Hoitojaksot olivat pituudeltaan 7-20 viikkoa, keskimäärin noin 15 viikkoa. Haastateltaviksi valittiin sellaisia omaisia, jotka ovat vierailleet osastolla mahdollisimman usein. Haastatellut kertoivat vierailevansa osastolla 3-7 päivänä viikossa, keskimäärin noin 4,5 päivänä viikossa. Lisäksi haastateltavien valinnassa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että haastateltavien kokemukset ja arviot edustaisivat mahdollisimman monen eri omahoitajan toimintaa.

### **4.3 Aineiston analysointi**

Kerätyn tutkimusaineiston analysointi on usein kvalitatiivisen tutkimuksen haasteellisin osa. Kvalitatiivista tutkimusmetodia on kritisoitu analyysien epäselvyydestä ja näkymättömyydestä. Kritiikin mukaan ei ole selvää, millaisen prosessin kautta tutkimuksen tulokset ovat muodostuneet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131.)

Kvalitatiivisen tutkimusaineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Se on hyvin suosittu analyysimenetelmä myös hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällönanalyysin avulla tutkimuksen aineistoa tiivistetään, ja ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134; Kylmä & Juvakka 2012,

112.) Tässä selvityksessä haastatteluissa saatu aineisto on analysoitu aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivisen sisällönanalyysin lähtökohta on tutkimusaineisto. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät ohjaavat analyysia, ei asiaan liittyvä aikaisempi tieto tai teoria. Induktiivinen sisällönanalyysi on käyttökelpoisin analyysimenetelmä esimerkiksi silloin, kun tutkittavasta aiheesta ei vielä ole paljon tietoa, tai aiempi tieto on hajanaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

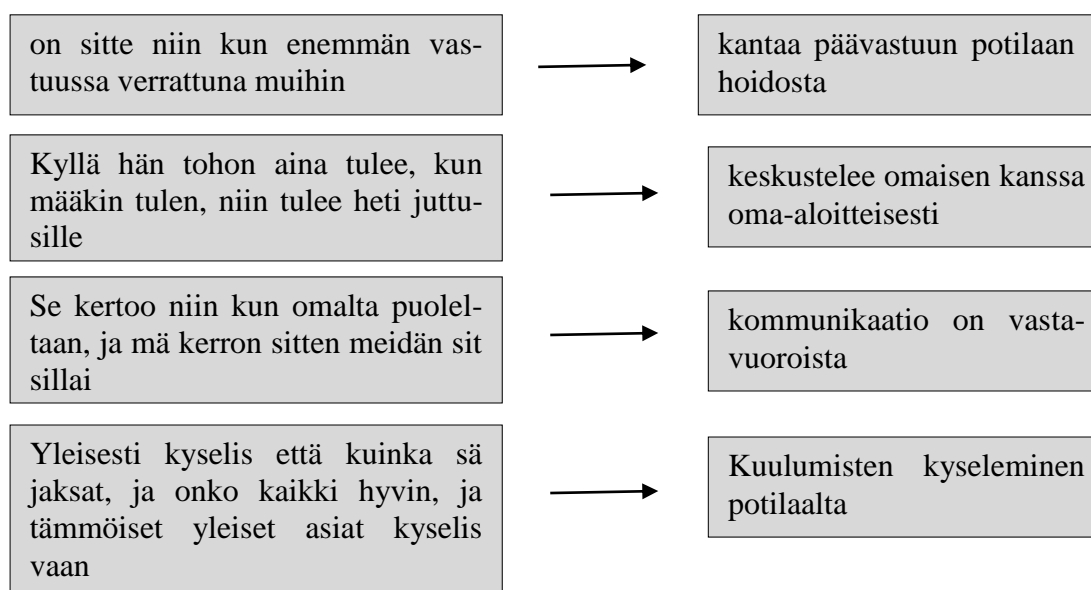
Kun haastatteluilla saatua aineistoa ryhdytään purkamaan, se voidaan kääntää tekstiksi eli aukikirjoittaa sana sanalta. Aukikirjoittaminen voidaan tehdä myös valikoiden, jolloin vain esimerkiksi teema-alueisiin liittyvä materiaali aukikirjoitetaan. Tätä vaihetta kutsutaan myös litteroinniksi. Aina aineistoa ei ole välttämätöntä litteroida, vaan päätelmiä tai teemoja voidaan myös etsiä suoraan tallennetusta aineistosta. Aineiston purkuun on yleensä syytä ryhtyä mahdollisimman pian aineiston keräämisen jälkeen, kun aineisto on vielä tuoreena tutkijan mielessä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 138–140.) Litteroinnin tarkoitus on tallentaa haastattelun kulku kirjalliseen muotoon mahdollisimman tarkasti niin kuin se todellisuudessa on tapahtunut. Litterointi vie paljon aikaa, mutta samalla tutkija tutustuu aineistoonsa tarkemmin ja saa kokonaiskuvan kustakin haastattelusta. On tärkeää säilyttää aineisto niin, ettei tutkimuksen tiedonantajien anonymiteetti missään vaiheessa vaarannu. (Kylmä & Juvakka 2012, 110–111.)

Jatkokäsittelyn helpottamiseksi haastattelut nauhoitettiin sanelimella. Haastattelut litteroitiin pian haastattelutilanteen jälkeen, yleensä jo samana tai seuraavana päivänä. Nauhoitettu materiaali litteroitiin tarkasti sanasta sanaan, mutta päivänselvästi aiheeseen kuulumattomat asiat (esimerkiksi haastattelun alkuun usein kuuluva jutustelu esimerkiksi säästä) jätettiin litteroimatta. Litterointi vaati tarkkaa keskittymistä ja paneutumista haastateltavien sanomaan, joten ymmärrys heidän näkemyksistään kehittyi litterointiprosessin edetessä. Kaikki haastatteluihin liittyvä materiaali (nauhoitteet, Word-asiakirjat, tulosteet, suostumuskaavakkeet) säilytettiin joko salasanaalla suojatuissa tiedostoissa tietokoneella, tai lukitussa laatikossa.

Litteroinnin jälkeen aineisto pelkistetään poistamalla tutkimuksen kannalta tarpeeton materiaali. Tästä vaiheesta voidaan käyttää myös nimitystä tiivistäminen tai redusointi. Ennen kuin redusointiin voidaan ryhtyä, tulee kuitenkin tiedostaa, mikä aineistossa on tutkimuksen kannalta merkityksellistä ja mikä turhaa. Tähän saadaan selvyys palaamalla tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. Tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien kannalta

oleellisia tekstin osia kutsutaan merkitysyksiköiksi tai analyysiyksiköiksi, ja ne merkitään haastatteluaineistoon esimerkiksi eri väreillä. Redusoinnin avulla merkitysyksiköt tiivistetään niin, että niiden alkuperäinen merkitys säilyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135–136; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110; Kylmä & Juvakka 2012, 117.)

Litteroitua materiaalia useaan kertaan lukemalla varmistuttiin siitä, mitkä asiat haastattelumateriaalissa olivat oleellisia opinnäytetyön tarkoituksen ja tehtävien kannalta. Haastatteluaineisto käytiin läpi tutkimustehtävä kerrallaan merkiten kuhunkin tehtävään kuuluvat asiat eri värillä. Seuraavaksi nämä alkuperäiset ilmaisut luettelointiin, ja ne pelkistettiin eli redusointiin muuttamalla haastateltavien puhekieliset lauseet yleiskielelle (kuvio 2). Myös tässä vaiheessa nauhoitettuja haastatteluja kuunneltiin uudelleen, jotta voitiin varmistua siitä, että haastateltavan henkilön todellinen sanoma oli ymmärretty oikein.



KUVIO 2. Esimerkki alkuperäisten ilmaisujen pelkistämisestä

Analyysin seuraavassa vaiheessa aineiston redusoidut ilmaukset kootaan erilliseksi listaksi ja ryhmitellään alaluokkiin joko samankaltaisuuksien tai eroavaisuuksien perusteella. Tätä ryhmittelyä kutsutaan klusteroinniksi. Samaan luokkaan yhdistetään ilmaukset, jotka ovat sisällöllisesti samanlaisia. Luokka nimetään sellaisella nimellä, joka kattaa kaikki kyseiseen luokkaan kuuluvat redusoidut ilmaukset. Luokat voidaan yhdistellä edelleen yläluokkiin ja yläluokat pääluokkiin edellä mainittujen periaatteiden mukaisesti.

ti. Lopulta luodaan teoreettiset kokoavat käsitteet. Tätä analyysin vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi. Prosessin edetessä aineisto tiivistyy, ja lopulta saadaan aikaan vastaus tutkimustehtäviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112; Kylmä & Juvakka 2012, 118.)

Tässä vaiheessa kaikki redusoidut ilmaisut kirjoitettiin omille paperinpalasilleen ja ryhmiteltiin sen mukaan, olivatko ne samankaltaisia vai erilaisia keskenään. Monta erilaista ryhmittelytapaa käytiin läpi ennen lopulliseen ryhmittelyyn päätymistä (liite 5). Muodostetut ryhmät valokuvattiin säännöllisesti, jotta tarvittaessa osattaisiin palata niihin myöhemmin. Kun redusoitujen ilmaisujen looginen ryhmittely oli löytynyt, oli alaluokkien ja pääluokkien muodostaminen selvää ja helppoa. Kuitenkin vielä opinnäytetyön raportin tulososiota kirjoitettaessa muutettiin vähäisessä määrin redusoitujen ilmaisujen ryhmittelyä, kun kävi ilmi, että jokin ilmaisu kuuluisi paremminkin johonkin toiseen alaluokkaan. Erityisesti tässä vaiheessa kvalitatiivisen tutkimuksen kontekstispesifisyys kävi ilmi: ryhmittely olisi hyvin voinut olla toisenlainenkin.

Aineiston analysoinnin jälkeen tutkimusprosessin seuraava vaihe on tulosten tulkinta ja päätelmien tekeminen. Tutkija tekee päätelmiä saamiensa tutkimustulosten perusteella verraten teoriaa ja johtopäätöksiä koko ajan alkuperäisaineistoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131; Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.)

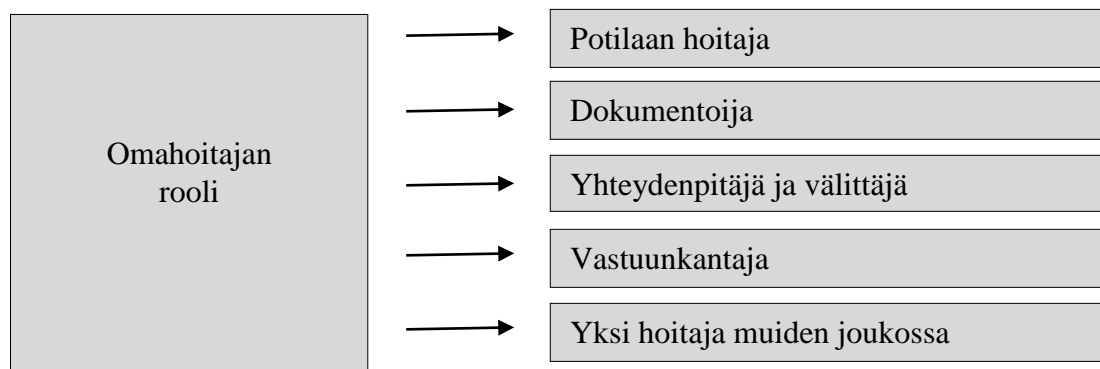


## 5 TULOKSET

Tässä osiossa kuvataan sitä, millainen tiivistetty kuva pitkäaikaishoitajien omaisten omahoitajuutta koskevista kokemuksista voitiin saavuttaa induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tulokset esitetään opinnäytetyön tehtävien mukaisessa järjestyksessä.

### 5.1 Omahoitajan rooli

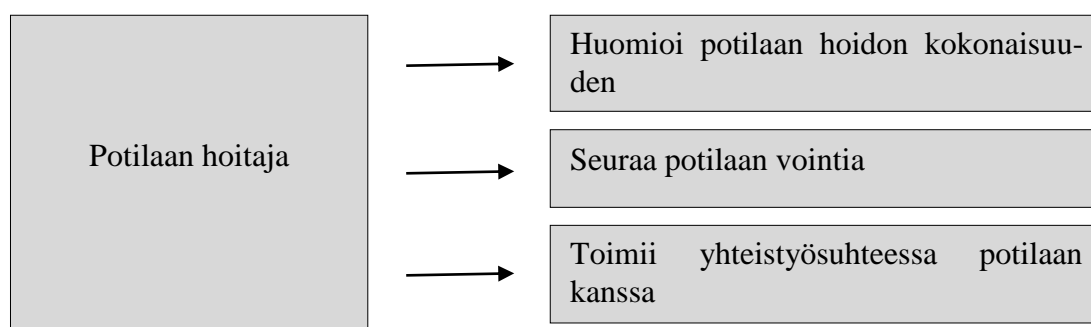
Haastattelemani pitkäaikaishoitajien omaiset kuvasivat omahoitajan roolia monipuolisin ilmaisin. He näkivät omahoitajan paitsi potilaan hoitajana, myös hoidon dokumentoijana, yhteydenpitäjänä ja välittäjänä, vastuunkantajana, sekä yhtenä hoitajana muiden joukossa (kuvio 3).



KUVIO 3. Omahoitajan rooli pitkäaikaishoitajan hoidossa

#### 5.1.1 Potilaan hoitaja

Omahoitajan rooli potilaan hoitajana sisälsi useita näkökulmia pitkäaikaishoitajan hoitoon (kuvio 4).



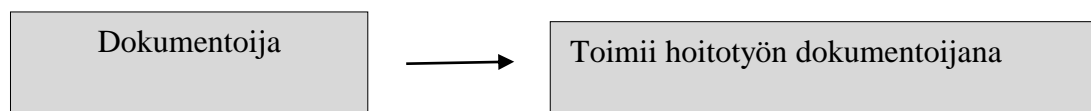
KUVIO 4. Omahaitajan rooli pitkäaikaipotilaan hoitajana

Omaha-itaja nähtiin henkilönä, joka huomioi potilaan hoidon kokonaisuuden esimerkiksi seuraamalla hoitosuunnitelman toteutumista ja paneutumalla potilaan hoitoon muita hoitajia kokonaisvaltaisemmin. Omaha-itajaa pidettiin potilaan hoidon asiantuntijana. Näkökulma omahoitajasta potilaan hoitajana sisälsi myös näkemyksen siitä, että omahoitaja seuraa ja tarkkailee potilaan päivittäistä vointia. Osaksi omahoitajan roolia katsottiin myös kuuluvan tiiviissä yhteistyösuhteessa potilaan kanssa toimiminen. Yhteistyösuhteessa toimiminen tarkoitti sitä, että omahoitaja huomioi potilaan ja on hänen käytettävissään – vaikkakin tiettyjen toimintaympäristön asettamien raamien puitteissa.

*(Omahoitaja) seuraa että tällä potilaalla tämä homma pelaa niin kuin se on sovittu.*

### 5.1.2 Dokumentoija

Omahoitajan rooli dokumentoijana (kuvio 5) sisälsi ajatuksen siitä, että omahoitaja huolehtii potilaan asioihin liittyvistä ”paperitöistä”. Toisaalta hän tarkastaa erilaisia potilasta koskevia tietoja potilastietojärjestelmistä, toisaalta kirjaa ja dokumentoi potilaan hoitoa ja päivittäistä vointia koskevia tietoja potilastietojärjestelmiin.

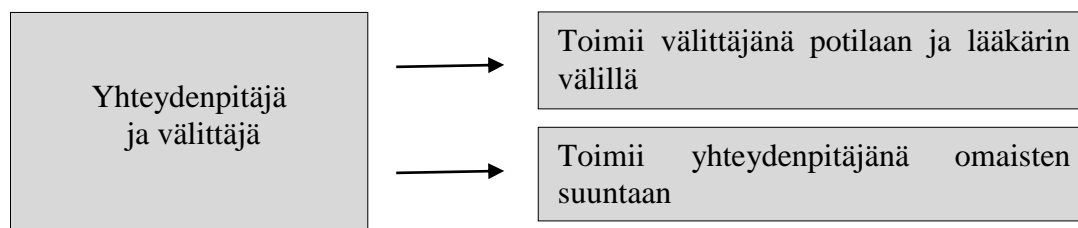


KUVIO 5. Omahaitajan rooli pitkäaikaipotilaan hoidon dokumentoijana

(Omahoitaja) on niin kun se, jonka kautta nää asiat kulkee sitte tonne tiedostoihin.

### 5.1.3 Yhteydenpitäjä ja välittäjä

Omahoitajan rooli yhteydenpitäjänä ja välittäjänä (kuvio 6) tarkoitti, että omahoitaja toimii ikään kuin linkkinä potilaan, lääkärin ja omaisten välillä.



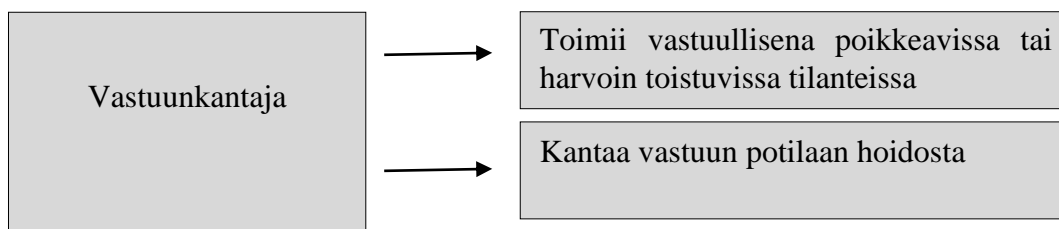
KUVIO 6. Omahoitajan rooli yhteydenpitäjänä ja välittäjänä

Omahoitajan ajateltiin toimivan yhteydenpitäjänä ja potilaan edustajana suhteessa hoitavaan lääkäriin. Omahoitaja nähtiin myös lääkärin määräysten toteuttajana. Kun tarkasteltiin omahoitajan suhdetta potilaan omaisiin, omahoitajan rooliin katsottiin kuuluvan omaisten huomioiminen ja heidän käytettävissään oleminen. Hänen katsottiin informoivan ja pitävän omaisia ajan tasalla potilaan kuulumisista. Hänen koettiin myös tiedustelemaan omaisten toiveita koskien erilaisia potilaan hoitoon liittyviä asioita. Toisaalta omahoitajan katsottiin vastaavan potilaan hoidosta omaisille.

*Kyllä hän (omahoitaja) vastaa sitten siitä mulle, jos tulee mitä hässäkkää.*

### 5.1.4 Vastuunkantaja

Omahoitajan rooli vastuunkantajana (kuvio 7) merkitsi, että omahoitaja toimii vastuullisena sellaisissa potilaan hoitoa koskevissa tilanteissa, jotka ovat poikkeavia tai harvoin toistuvia. Omahoitajan rooliin katsottiin kuuluvaksi myös kokonaisvastuun kantaminen potilaan hoidosta.



KUVIO 7. Omahoitajan rooli vastuunkantajana

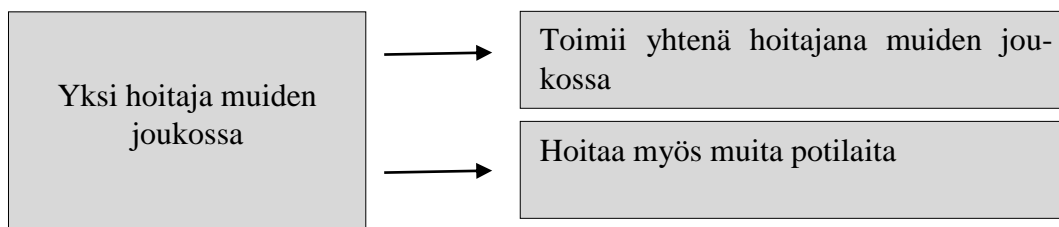
Toimiminen vastuullisena poikkeavissa tai harvoin toistuvissa tilanteissa tarkoitti, että omahoitaja hakee ratkaisuja erilaisiin ongelmatilanteisiin ja pyrkii selvittämään potilaan hoidossa eteen tulevia ongelmia. Omahoitajan rooliin katsottiin kuuluvaksi myös se, että omahoitaja kantaa päävastuun potilaan hoidosta. Omahoitajan katsottiin vastaavan potilaan hoidon kokonaisuudesta. Tähän kuului myös se, että tarvittaessa omahoitaja siirtää hoitovastuun korvaavalle hoitajalle.

*Käsittäisin että hällä (omahoitajalla) on sitten se vastuu hänestä (potilaasta).*

*Tämä kyseinen hoitaja (omahoitaja) on sitte niin kun enemmän vastuussa verrattuna muihin.*

### 5.1.5 Yksi hoitaja muiden joukossa

Osa haastatelluista koki omahoitajan yhtenä hoitajana muiden joukossa (kuvio 8). Hänen ymmärrettiin hoitavan myös muita potilaita.



KUVIO 8. Omahoitajan rooli yhtenä hoitajana muiden joukossa

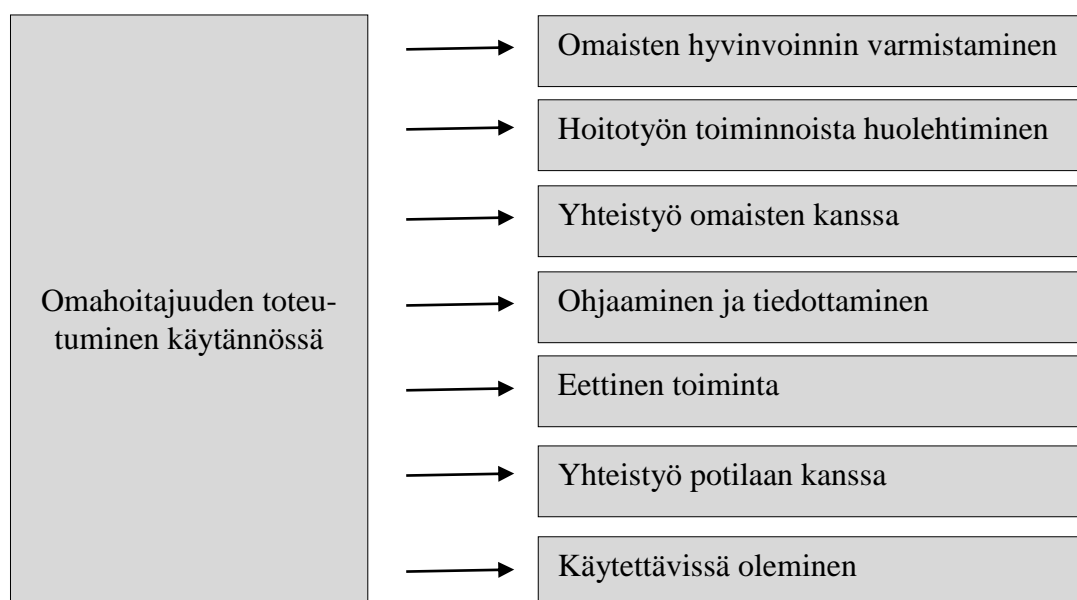
Osa haastatelluista omaisista koki, ettei omahoitaja ole välttämätön henkilö potilaan asioista keskusteltaessa, eikä hän ole ratkaisevassa roolissa potilaan hoidon kannalta. Haastatellut näkivät myös, että omahoitaja ei voi aina olla potilaan käytettävissä.

*Ehkä se omahoitaja... tietysti hyvä kun se on olemassa... mutta ehkä se ei nyt niin ratkaiseva kuitenkaan ollut.*

*Ei se kuitenkaan se omahoitaja oo semmoinen joka kyykkii sängyn vieressä koko päivän.*

## 5.2 Omahoitajuuden toteutuminen käytännössä

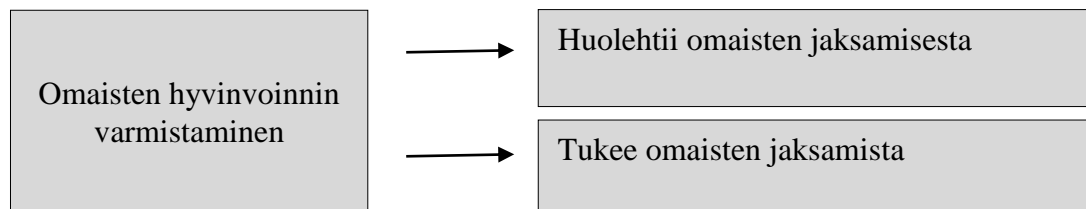
Omahoitajuuden käytännön toteutumisen osa-alueita olivat haastateltavien mielestä omaisten hyvinvoinnin varmistaminen, hoitotyön toiminnoista huolehtiminen, yhteistyö omaisten kanssa, ohjaaminen ja tiedottaminen, eettinen toiminta, yhteistyö potilaan kanssa sekä käytettävissä oleminen (kuvio 9).



KUVIO 9. Omahoitajuuden toteutuminen käytännössä

### 5.2.1 Omaisten hyvinvoinnin varmistaminen

Omaisten hyvinvoinnin varmistaminen (kuvio 10) piti sisällään ajatuksen sekä omaisten jaksamisesta huolehtimisesta että sen tukemisesta.



KUVIO 10. Omaisten hyvinvoinnin varmistaminen

Omaisten jaksamisesta huolehtiminen tarkoitti, että omahoitaja kysyy omaisten kuulumisia oma-aloitteisesti, sekä kartoittaa omaisten jaksamista ja voimavaroja. Omahoitaja myös kehottaa omaista huolehtimaan omasta jaksamisestaan, ja tiedustelee omaisen toiveita. Omahoitaja tuki omaisten jaksamista tarjoamalla kahvia, osoittamalla välittämistä fyysisellä eleellä sekä rohkaisemalla omaista oman ajan ottamiseen.

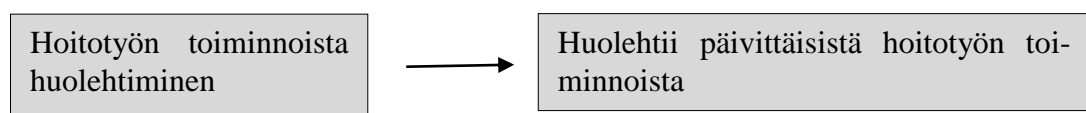
*Joka kerta kun (omahoitaja) tulee töihin, niin se tulee kyseleén (kuulumisia) tohon mun kanssa, mun luo tonne huoneeseen...*

*Se (omahoitaja) joka kerta kysyy että vieläkö jaksat, ja taputtaa olkapäälle.*

*...omahoitaja kun sanoi, että ei sun joka päivä täällä tarvii käydä, pääset matkoille ja muuta.*

### 5.2.2 Hoitotyön toiminnoista huolehtiminen

Omahoitajuuden yksi käytännön toteutuma oli hoitotyön päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen (kuvio 11). Tämä alaluokka piti sisällään osallistumisen hoitoneuvotteluun, potilaan hygieniasta, saunotuksesta ja ulkoilusta huolehtimisen, ”paperitöistä” eli hoitotyön kirjaamisesta sekä mahdollisten lomakkeiden ja kaavakkeiden täyttämisestä huolehtimisen, sekä hoitosuunnitelman viestittämisen omahoitajaa korvaaville hoitajille.

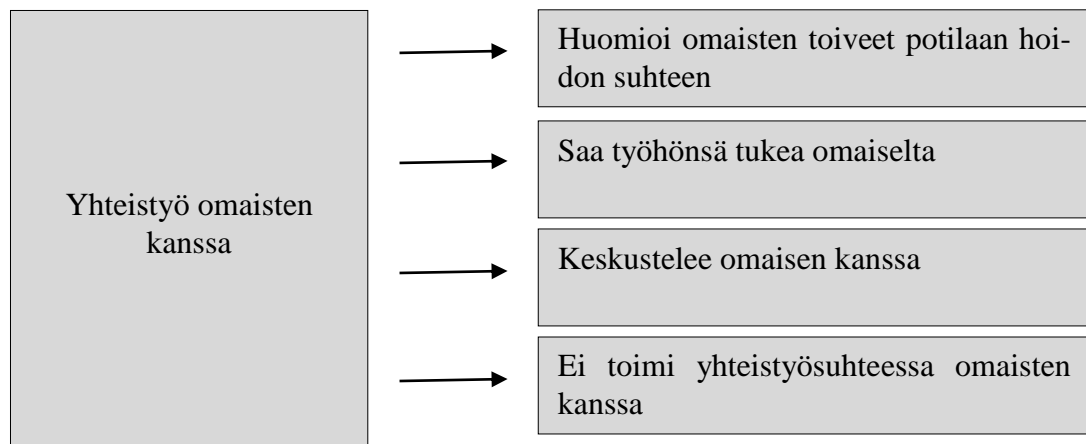


KUVIO 11. Hoitotyön toiminnoista huolehtiminen

*... omahoitaja siinäkin on takana, et huolehtii tollaisesta (ulkoilusta).*

### 5.2.3 Yhteistyö omaisten kanssa

Yksi osa omahoitajuuden käytännön toteutumisesta oli yhteistyö omaisten kanssa (kuvio 12). Omahoitajan ja omaisten yhteistyö oli tiivistettävissä neljään alaluokkaan. Omahoitaja huomioi omaisten toiveet potilaan hoidon suhteen, sai omaisilta tukea omaan työhönsä omahoitajana ja keskusteli omaisten kanssa. Toisaalta eräiden näkemysten mukaan omahoitaja ei toiminut yhteistyösuhteessa omaisten kanssa.



KUVIO 12. Yhteistyö omaisten kanssa

Omaisten toiveiden huomiointi potilaan hoidon suhteen tarkoitti, että omahoitaja huomioi omaisten toiveet koskien potilaan hoitoa. Omahoitaja pyrki hankkimaan omaisilta tietoa siitä, millaisia yksilöllisiä mieltymyksiä potilaalla on, ja miten häntä voitaisiin hoitaa yksilöllisesti. Haastateltavat mainitsivat omahoitajan tiedustelleen heidän toiveitaan siitä, miten toimitaan kun potilaan kuoleman hetki lähestyy. Omahoitajaa saatettiin myös vaihtaa omaisen ehdotuksen pohjalta.

*Se (omahoitaja) kyseli multa, että haluanko mä olla sitten niin kun itse pesemässäkin isää loppuvaiheessa... sitten kun on lähtenyt.*

*Kaikki on mennä sillai kun me ollaan itte haluttu.*

Yhteistyö omaisten kanssa piti sisällään myös sen, että omahoitaja sai omaisilta tukea työhönsä omahoitajana.

*Kyseli vinkkejä sitten omahoitaja (haastavassa tilanteessa).*

*Hänellä (omahoitajalla) oli kysymyksiä sitten, niin minä sitten vastasin.*

Omaisten ja omahoitajan välisen yhteistyön yksi osa-alue oli keskustelu omaisen ja omahoitajan välillä. Keskustelu alkoi siitä, että omahoitaja esitteli itsensä omaisille. Omahoitajan koettiin ryhtyvän keskusteluun oma-aloitteisesti, rohkaisevan omaista puhumaan lisää, ja olevan valmis keskustelemaan kaikenlaisista, myös muista kuin hoitotyöhön liittyvistä, asioista.

*Hän (omahoitaja) aina tulee juttusille silloin kun mää tänne tulen.*

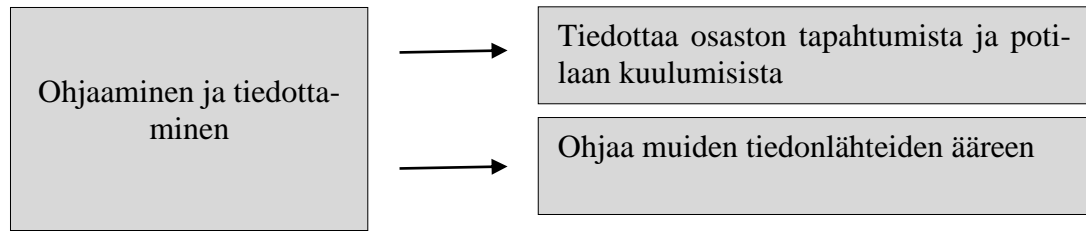
Aina omahoitajan ei kuitenkaan nähty toimivan yhteistyösuhteessa omaisten kanssa. Kaikilla omaisilla ei ollut kontaktia omahoitajaan. Osa haastatelluista koki, että omahoitaja ei aktiivisesti pyrkinyt luomaan kontaktia omaiseen, tai ei ollut tiedustellut omaisilta potilaan yksilöllisistä mieltymyksistä. Yhteistyön puuttuminen ei kuitenkaan aina ollut lähtöisin omahoitajasta, sillä osa haastatelluista koki, ettei heillä ollut asiaa omahoitajalle. Osalle haastatelluista omahoitajan työnkuva oli epäselvä.

*Mulla ei oo ollu hänelle (omahoitajalle) minkäänlaista asiaa, koska ei oo tullu esiin semmoista juttua että mistä tarviis mennä keskusteleen omahoitajan kanssa. Jos on jotain asioita ollu, ne yleensä selvii tossa hoitajien huoneessa.*

#### **5.2.4 Ohjaaminen ja tiedottaminen**

Ohjaaminen ja tiedottaminen nähtiin osana omahoitajan työn käytännön toteutumista (kuvio 13). Toisaalta omahoitajan katsottiin tiedottavan omaisia osaston tapahtumista ja potilaan kuulumisista, toisaalta ohjaavan omaiset tarvittaessa muiden tiedonlähteiden ääreen.





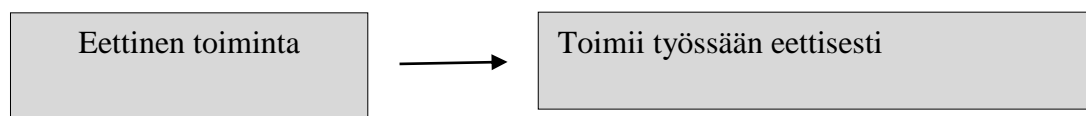
KUVIO 13. Ohjaaminen ja tiedottaminen

Osaston tapahtumista ja potilaan kuulumisista tiedottaminen tarkoitti, että omahoitaja antaa kysyttäessä tietoa kuulumisista, osaston viimeaikaisista tapahtumista sekä esimerkiksi tulossa olevista tapahtumista. Tarvittaessa omahoitaja saattoi myös ohjata omaisen muiden tiedonlähteiden (esimerkiksi kirjallinen materiaali, muut ammattilaiset) ääreen.

*Se neuvoi mut sinne (sosiaalivirkailijan luokse).*

### 5.2.5 Eettinen toiminta

Eettinen toiminta oli osa omahoitajuuden toteutumista käytännössä (kuvio 14). Omahoitajan nähtiin toimivan työssään eettisesti. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että omainen voi luottaa siihen, että omahoitaja huolehtii kaikista hänelle kuuluvista tehtävistä, ja hoitaa kaikkia potilaitaan tasapuolisesti.

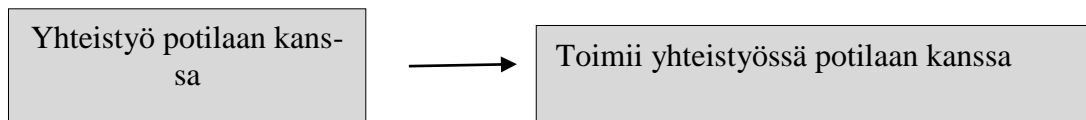


KUVIO 14. Eettinen toiminta

*Omahoitaja kyllä tekee sen mikä sen kuuluukin tehdä.*

### 5.2.6 Yhteistyö potilaan kanssa

Eräs omahoitajuuden käytännön toteutumisen osa-alue oli yhteistyö potilaan kanssa (kuvio 15). Potilaan kanssa keskustelu sekä ajan viettäminen hänen kanssaan mainittiin haastatteluissa tämän yhteistyön muotoina.

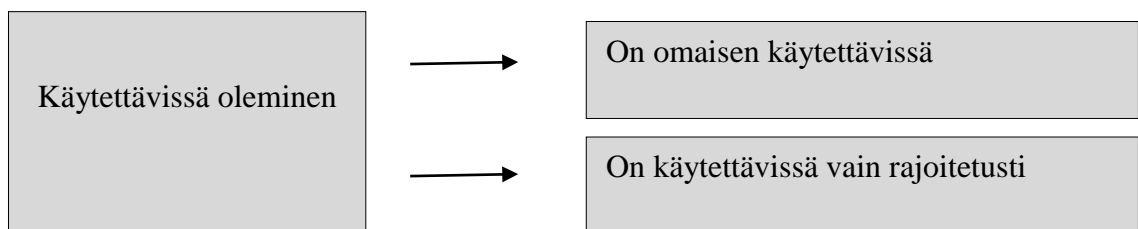


KUVIO 15. Yhteistyö potilaan kanssa

*Kyllä hän (omahoitaja) monta kertaa on istunut siinä penkillä vaimonkin vieressä, ja kai ne jotain juttelee.*

### 5.2.7 Käytettävissä oleminen

Käytettävissä oleminen raamitti omahoitajuuden toteutumista käytännössä (kuvio 16). Omahoitajan koettiin olevan omaisen käytettävissä jopa niin, että omahoitaja oli useimmiten paikalla silloin kun omainen vieraili osastolla. Toisaalta haastateltavat kokivat, että omahoitaja oli heidän käytettävissään vain rajoitetusti lähinnä vuorotyön asettamien reunaehtojen vuoksi.

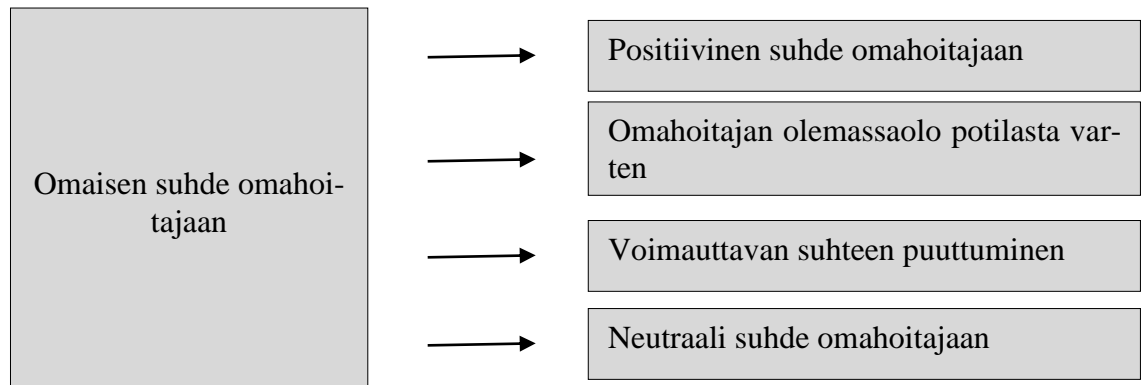


KUVIO 16. Käytettävissä oleminen

*Sehän on aina vaan silloin se omahoitaja paikalla kun on hänen vuoronsa.*

### 5.3 Omaisen suhde omahoitajaan

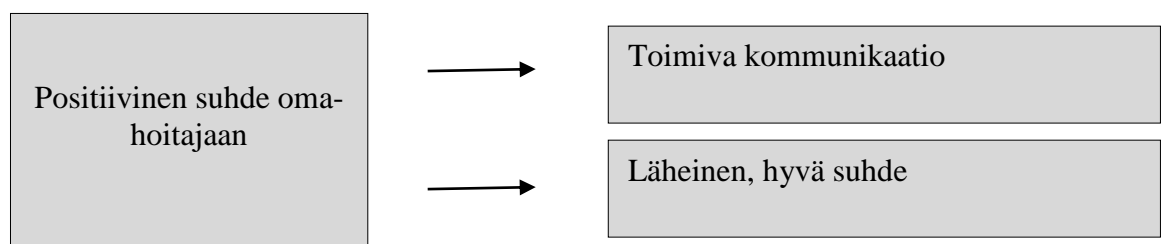
Omaa suhdettaan omahoitajaan haastateltavat kuvasivat ilmaisuilla, jotka voidaan tiivistää neljään pääluokkaan (kuvio 17). Osa haastatelluista kuvasi suhdetta positiiviseksi, osa neutraaliksi. Osa haastateltavista koki, että voimauttava suhde puuttui omaisen ja omahoitajan väliltä. Yhden näkökulman mukaan omahoitaja oli olemassa potilasta – ei niinkään omaista – varten.



KUVIO 17. Omaisen suhde omahoitajaan

#### 5.3.1 Positiivinen suhde omahoitajaan

Positiivinen suhde omahoitajaan (kuvio 18) koostui läheisen, hyvän suhteen kokemuksesta sekä toimivasta kommunikaatiosta omaisen ja omahoitajan välillä.



KUVIO 18. Positiivinen suhde omahoitajaan

Toimivaa kommunikaatiota haastateltavat kuvasivat rehelliseksi ja vastavuoroiseksi. Suhde mahdollisti keskustelun kaikenlaisista asioista. Suhdetta omaisen ja omahoitajan välillä kuvattiin sanoilla ”hyvä” ja ”läheinen”.

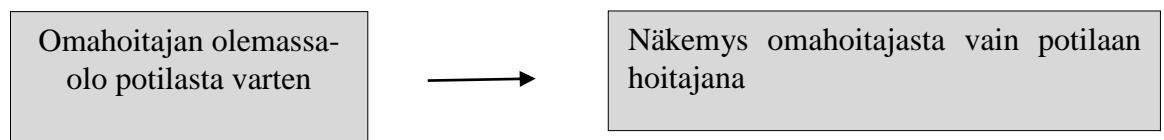
*...hän puhuu suoraan jos on asiaa, ja jos mä kysyn niin vastaa varmaan sillai totuudenmukaisesti.*

*... se (suhde omahoitajaan) on hirveen läheinen ja semmonen, että me jutellaan ihan kaikkia.*

*(Omahoitaja) on melkein kun tyttö mulle.*

### 5.3.2 Omahoitajan olemassaolo potilasta varten

Osa haastatelluista ajatteli omahoitajan olevan olemassa vain potilasta varten ja näki omahoitajan vain potilaan hoitajana (kuvio 19). He katsoivat, että riittää kun omahoitaja hoitaa potilasta.



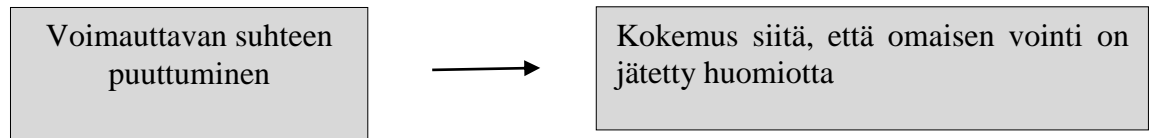
KUVIO 19. Omahoitajan olemassaolo potilasta varten

*Ei sen tarvii olla koko perheen omahoitaja, se piisaa kun se on potilaan omahoitaja.*

*Potilas sen omahoitajan tarvii eikä omaiset.*

### 5.3.3 Voimauttavan suhteen puuttuminen

Osa haastateltavista koki, että voimauttava suhde puuttui omaisen ja omahoitajan väliltä (kuvio 20). Tällöin omahoitaja oli jättänyt omaisten voinnin huomiotta. Käytännössä tämä oli ilmennyt niin, ettei omahoitaja ollut kysynyt omaisen vointia, tai omaisen voinnista ei ollut keskusteltu.

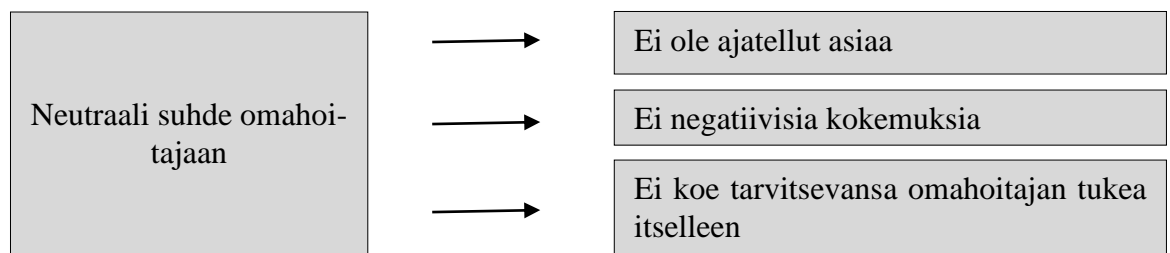


KUVIO 20. Voimauttavan suhteen puuttuminen

*...ei sillä tavalla oo keskusteltu sellaisista asioista (omaisen voinnista) kyllä ollenkaan.*

### 5.3.4 Neutraali suhde omahoitajaan

Osa haastateltavista kuvasi suhdettaan omahoitajaan neutraaliksi (kuvio 21). He eivät joko olleet ajatelleet koko asiaa, heillä ei ollut ainakaan negatiivisia kokemuksia asiasta, tai he eivät kokeneet tarvitsevänsä omahoitajan tukea itselleen.



KUVIO 21. Neutraali suhde omahoitajaan

Haastatteluissa tuli ilmi, ettei osa omaisista ollut edes ajatellut, että he voisivat saada omahoitajalta tukea myös itselleen. Jotkut kertoivat, ettei heillä ole asiasta sen enempää negatiivista kuin positiivistakaan sanottavaa. Jotkut taas totesivat, etteivät koe omakoh- taista tuen tai keskustelun tarvetta suhteessa omahoitajaan.

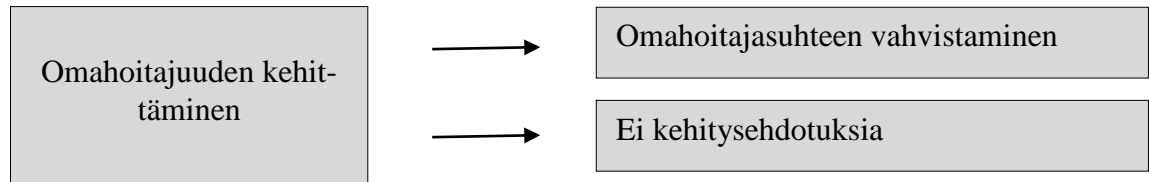
*... ei oo mitään valittamista.*

*...mitään semmosta (tuen) tarvetta (ei) nyt välttämättä olekaan.*

*En mää oikeestaan oo tota kyselly enkä silleen tarvinnutkaan apua...*

## 5.4 Omahoitajuuden kehittäminen

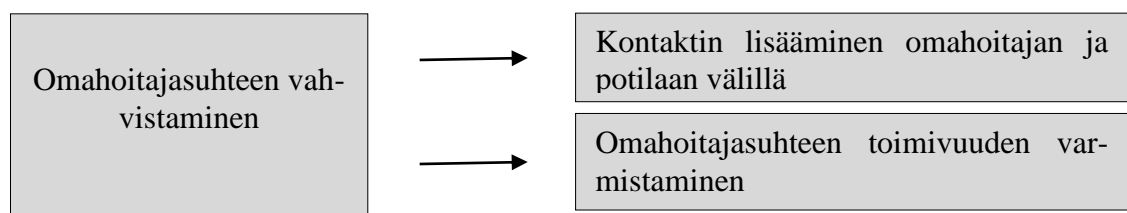
Kysyttäessä ehdotuksia omahoitajasuhteen kehittämiseksi (kuvio 22) muutamat haastateltavat toivat esille toiveen omahoitajasuhteen vahvistamisesta. Osa haastatelluista ei tuonut esiin minkäänlaisia kehitysehdotuksia.



KUVIO 22. Omahoitajuuden kehittäminen

### 5.4.1 Omahoitajasuhteen vahvistaminen

Omahoitajasuhteen vahvistamiseksi haastateltavat esittivät kontaktin lisäämistä omahoitajan ja potilaan välille, sekä omahoitajasuhteen toimivuuden varmistamista (kuvio 23). Kontaktin lisäämisen keinoiksi ehdotettiin, että omahoitaja menisi esimerkiksi työvuoronsa alussa potilaan luo, tervehtisi häntä ja kyselisi hänen kuulumisiaan. Omahoitajasuhteen toimivuuden varmistamiseksi omahoitajan ja potilaan henkilökemioiden toimivuutta tulisi haastateltavien mukaan seurata.



KUVIO 23. Omahoitajasuhteen vahvistaminen

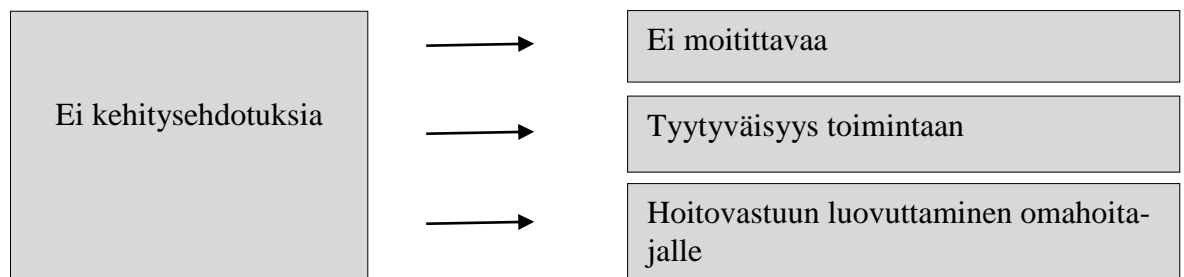
*...tulis siihen ja sanois (potilaalle) että terve, mitäs sulle nyt kuuluu.*

*...käydä vaan moikkaamassa (potilasta), ja kysellä kuulumiset...*

*... että onko sit asiakkaan kanssa samalla aaltopituudella, että jos sitä nyt siinä sitten tarkkailis aluksi...*

### 5.4.2 Ei kehitysehdotuksia

Useat haastateltavat eivät esittäneet kehitysehdotuksia omahoitajuuden kehittämiseksi (kuvio 24). He totesivat olevansa tyytyväisiä nykyiseen toimintaan, tai eivät ainakaan keksineet konkreettista moitittavaa siitä. Muutamat haastateltavat toivat ilmi luovuttaneensa hoitovastuun omahoitajalle. He luottivat omahoitajan ammattitaitoon, eikä heillä ollut erikoisempia toiveita tai kehitysehdotuksia omahoitajuuden kehittämisen suhteen.



KUVIO 24. Ei kehitysehdotuksia

*En mä pysty millään lailla moittiin niitten toimintaa ny ainakaan, en millään lailla.*

*... kyllä se on ollut niin hyvä omahoitaja, että ei mulle tuu mitään (kehittävää mieleen).*

*Se on vaikee nyt sanoo enää mitään toivomuksia siihen (omahoitajan toimintaan).*

## 6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli haastattelujen avulla kartoittaa pitkäaikaissopilaisten omaisten kokemuksia omahoitajuudesta terveystieteiskussairaalan osastoilla. Taivoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, jota mahdollisesti voitaisiin käyttää myöhemmin hoitotyön kehittämisen pohjana.

Pohdintaosiossa pyrin kiteyttämään opinnäytetyöni tulokset, ja arvioimaan niitä aikaisemman tutkimustiedon valossa. Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä arvioin yleisen tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten kautta. Lopuksi pohdin opinnäytetyön tuloksista nousevia kehitysehdotuksia, sekä opinnäytetyöprosessia kokonaisuudessaan.

### 6.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tiedonantajiksi pyrittiin valitsemaan henkilöitä, joilla katsottiin olevan mahdollisimman paljon tietoa omahoitajuuden toteutumisesta osastoilla. Kaikki haastatellut tiesivät omahoitajajärjestelmän olemassaolosta, mutta kaikki haastateltavat eivät muistaneet kuka omahoitaja tarkalleen oli. Käsitteet omahoitaja ja omaishoitaja menivät muutamilta haastateltavilta sekaisin. Käsite omahoitaja määriteltiinkin lyhyesti haastattelun alussa, jos oli viitteitä siitä, että haastateltava oli epävarma käsitteen sisällöstä. Kaikille haastateltaville omahoitaja oli kuitenkin tuttu käsite.

Haastattelujen aikana kävi ilmi, että useat haastateltavat kommentoivat yleisesti hoitotyötä, eivätkä niinkään tarkastelleet asioita omahoitajuuden kannalta. Tähän vaikutti ilmeisesti se, että kaikki haastateltavat eivät olleet saaneet haastattelua koskevaa kirjallista tiedotetta etukäteen. Tästä syystä heillä vaikutti olevan hieman vaikeuksia orientoitua kertomaan nimenomaan omahoitajuuteen liittyvistä näkemyksistään. Useaan otteeseen olikin tarpeen palauttaa keskustelu koskemaan nimenomaan omahoitajuutta.

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että kaikki haastateltavat olivat tietoisia siitä, että terveystieteiskussairaalassa toimitaan omahoitajajärjestelmän mukaisesti. Kaksi viidestä haastatellusta ei kuitenkaan tiennyt tai muistanut tarkalleen, kuka tietty henkilö omahoi-



taja oli. Myös omahoitajan toimenkuva oli osalle haastatelluista epäselvä. Anu Nyman (2006, 21–22) on pro gradu -tutkielmassaan kartoittanut pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden käsityksiä omahoitajuuden periaatteiden toteutumisesta. Hän sai selville, että haastatelluista vain noin kaksi kolmannelta tiesi omahoitajansa nimen, ja vain noin puolet tiesi, mitä omahoitajan työhön kuului. Haastateltujen reilu enemmistö oli sitä mieltä, että heidän omaisensa eivät tienneet omahoitajasta. (Nyman 2006, 21–22.) Samansuuntaisia tuloksia on haastattelututkimuksessaan saanut myös Merja Mäkisalo-Ropponen (2008, 18): myös osalle hänen haastattelemistaan pitkäaikaishoitajien omaisista omahoitajan toimenkuva ja tehtävä olivat epäselviä.

Huolimatta siitä, että kaikilla haastateltavilla ei kertomansa mukaan ollut kovin yksityiskohtaista kuvaa omahoitajan toimenkuvasta, muodostui haastattelujen perusteella kuitenkin monipuolinen kuvaus omahoitajan roolista pitkäaikaishoitajaan hoidossa. Ensimmäisessä omahoitaja nähtiin potilaan hoitajana – asiaan paneutuneena juuri tämän potilaan yksilöllisen hoidon asiantuntijana. Haastatteluaineistossa tämä asiantuntijuus linkittyi saumattomasti yhteen vastuun kanssa. Omahoitaja nähtiin henkilönä, joka paitsi kantaa kokonaisvastuun potilaan hoidosta, myös aktiivisimmin sitoutuu selvittämään ja hoitamaan potilaan asioita. Haastatteluissa saadun tiedon mukaan omahoitaja voitiin toisaalta nähdä myös ”vain” yhtenä hoitajana muiden joukossa. Tällöin omahoitajaa ei nähty ratkaisevana henkilönä potilaan hoidon kannalta, vaan kuka tahansa kulloinkin töissä olevista hoitajista saattoi ajaa saman asian. Haastateltavat toivat esille, ettei kukaan omahoitaja voi omistautua vain omalle potilaalleen, vaan omahoitajan rooliin kuuluu väistämättä myös muiden potilaiden hoitaminen.

Haastattelujen perusteella omahoitajan roolia määritteli vahvasti myös yhteistyösuhde potilaan kanssa. Yhteistyösuhde ulottui myös muihin toimijoihin, erityisesti potilaan omaisiin ja hoitavaan lääkäriin. Yhteistyö omaisiin päin nähtiin monitahoisena: omahoitajan rooliin kuului huomioida omaiset ja heidän toiveensa, toimia tiedonlähteenä omaisiin päin sekä yleisesti olla omaisten käytettävissä. Myös Heli Potinkaran (2004, 75) mukaan tiedottaminen potilaan asioista on hoitavan henkilön keskeisimpiä tehtäviä. Haastatellut toivat esiin myös omahoitajan roolin hoitotyön dokumentoijana; toisaalta tietojärjestelmien sisältämän tiedon hyödyntäjänä, toisaalta uuden tiedon tuottajana.

Haastateltujen mukaan omahoitajuuden käytännön toteutuminen näyttäytyi heille pitkälti hoitotyön perusasioiden kautta. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi hoitotyön päivittä-

sistä toiminnoista huolehtiminen, yhteistyö potilaan kanssa, ohjaaminen ja tiedottaminen sekä eettinen toiminta. Merkittävä osa omahoitajuuden käytännön toteutumisesta oli haastateltujen mielestä yhteistyö omaisten kanssa. Yhteistyö oli kaksisuuntaista: toisaalta omahoitajan koettiin huolehtivan ja tukevan omaisten jaksamista, mutta toisaalta hän myös käytti omaisia tietolähteenä liittyen esimerkiksi potilaan yksilölliseen hoitoon liittyvissä asioissa. Tähän sisältyi monia hyvinkin sensitiivisiä aiheita, kuten omaisen toiveet siitä, miten toimitaan potilaan kuoleman hetkellä. Myös Potinkaran (2004, 90) tutkimuksessa tuli ilmi, että omaisten potilaasta hoitohenkilökunnalle antamalla tiedolla on suuri merkitys potilaan hoidossa. Merkittävää oli myös se, että opinnäytetyön tiedonantajien joukossa oli omaisia, jotka kokivat, ettei heillä juuri ollut kontaktia omahoitajaan. Haastatellut eivät kuitenkaan antaneet tälle kovin suurta merkitystä, vaan pääasiassa he kokivat, että potilaan hoito onnistuu hyvin myös ilman omahoitajan merkittävää roolia. Myöskään Nymanin (2006, 26) tutkimuksessa omaisten ja omahoitajan yhteistyö ei toteutunut täysin optimaalisella tavalla. Yli puolet Nymanin tutkimuksen tiedonantajista oli sitä mieltä, että omahoitajan ja läheisen yhteistyö sujui heikosti. Samansuuruisen joukko oli sitä mieltä, että omaisten hoitajalta saama neuvonta oli heikkoa. (Nyman 2006, 26.)

Suuri osa haastatelluista oli sitä mieltä, että heidän oma suhteensa omahoitajaan voitiin määritellä positiiviseksi. Positiivisen suhteen avaintekijä oli toimiva kommunikaatio. Myös Potinkaran (2004, 74) väitöstutkimuksen mukaan keskustelu on oleellinen osa omaisen ja hoitavan henkilökunnan välistä yhteistyötä. Osa haastatelluista puolestaan koki, että voimauttava suhde puuttui heidän ja omahoitajan väliltä. Merkittävä osa haastatelluista kuitenkin koki oman suhteensa omahoitajaan neutraaliksi. Tärkeänä asiana nousi esille, ettei moni haastateltava ollut ajatellutkaan, että voisi saada itselleenkin tukea tai apua omahoitajalta. Potinkaran (2004, 68) mukaan omaisten tarpeet suhteessa hoitavaan henkilöön vaihtelevat yksilökohtaisesti – toiset omaiset tarvitsevat tukea, apua ja läheisyyttä runsaammin, kun taas toisille riittää pelkkä tiedonsaanti ja potilaan asianmukainen hoito.

Osittain samaan asiaan liittyen monet opinnäytetyöni haastateltavat kertoivat näkevänsä omahoitajan ensisijaisesti potilaan hoitajana. Myös Potinkaran (2004, 60) väitöstutkimuksessa tiedonantajat korostivat potilaan hoidon ensisijaisuutta hoitavien henkilöiden toiminnassa. Tätä taustaa vasten on ymmärrettävää, etteivät haastateltavat ehkä osanneet

odottaakaan omahoitajan apua tai tukea itselleen, vaan he näkivät itsensä omahoitajajärjestelmän ulkopuolisina toimijoina pikemminkin kuin sen osasina.

Suurin osa esille tulleista korjausehdotuksista koski omahoitajasuhteen vahvistamista. Keinoiksi tämän tavoitteen saavuttamiseksi haastateltavat esittivät esimerkiksi sitä, että omahoitaja kävisi työvuoronsa alussa tervehtimässä potilasta ja tiedustelemassa hänen kuulumisiaan. Tällaisia toimintatapoja terveyskeskussairaalassa onkin jo käytössä ainakin yksittäisillä omahoitajilla. Toisena kehitysehdotuksena nousi esille, että omahoitajasuhteen toimivuutta seurattaisiin, ja tarvittaessa omahoitajaa vaihdettaisiin, jos suhde ei vaikuttaisi toimivan. Näin ainakin yksi haastateltu kertoi jo tapahtuneen.

Kokonaisuudessaan haastateltavat esittivät vain vähän kehitys- tai parannusehdotuksia omahoitajien toimintaan. Useat haastateltavat ilmoittivat olevansa varsin tyytyväisiä omahoitajien toimintaan. Muutamat haastatellut taas kertoivat luottavansa omahoitajaan ja siihen, että hän tietää ammattitaitonsa perusteella parhaiten, kuinka työnsä hoitaa. Potinkaran (2004, 85) tutkimus tuotti aivan vastaavia tuloksia: omaiset ilmoittivat luottavansa hoitavien henkilöiden ammattitaitoon, eivätkä siksi halunneet puuttua potilaan hoitoon tai arvostella sitä. Voutilainen (2004, 60–61) totesi väitöstutkimuksessaan, että tiedonantajien iällä ja koulutustaustalla oli jonkin verran merkitystä hoitotyötä kohtaan tunnettuun tyytyväisyyteen siten, että iältään vanhimmat ja vähiten koulutetut tiedonantajat antoivat hoitotyölle parhaat arvot. Tämän opinnäytetyön haastattelumateriaali ei tältä osin vaikuta tukevan Voutilaisen tutkimustuloksia, vaikka vastaavanlaisten päätelemien teko opinnäytetyön tiedonantajien mielipiteistä ei olekaan mahdollista eikä tarkoituksenmukaista. Toisaalta tämän opinnäytetyön aiheeseen liittyvien kehitysehdotusten vähäisyyden taustalla saattoi olla se, etteivät haastateltavat todennäköisesti olleet pohtineet asiaa etukäteen, ja kehitysehdotuksia oli vaikea tuottaa haastattelutilanteen kuluessa.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimustoiminnan tarkoituksena on tuottaa totuudenmukaista tietoa tutkitavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden (trustworthiness) arviointi on itsestään selvä osa tutkimusprosessia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, eikä tutkijoiden piirissä ole muodostunut yksimielisyyttä

siitä, millä kriteereillä laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.)

Kylmä ja Juvakka (2012, 127–129) esittelevät neljä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteeriä: uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden. Uskottavuuden (credibility) vaatimus merkitsee toisaalta sitä, että tutkimuksen tulokset edustavat nimenomaan tutkimuksen tiedonantajien käsitystä tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Toisaalta tutkimuksen kulku ja tulokset on esitettävä niin selkeästi ja yksityiskohtaisesti, että lukijan on mahdollista arvioida tutkimuksen kulkua ja koko tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Tutkimuksen uskottavuutta vahvistavat esimerkiksi tutkimuspäiväkirjan pitäminen, tutkijan riittävän pitkäaikainen perehtyminen tutkittavaan ilmiöön sekä tutkimuksen tuloksista keskustelu sekä tutkimuksen tiedonantajien että muiden tutkijoiden kanssa. Myös triangulaatiolla eli eri tutkimusmenetelmien yhteiskäytöllä voidaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142; Kylmä & Juvakka 2012, 128.)

Vahvistettavuuden (dependability, auditability) kriteeri edellyttää, että tutkimusprosessin kulku on kirjattu tutkimusraportissa niin tarkasti, että toinen tutkija pystyy sen perusteella pääpiirteissään seuraamaan tutkimuksen kulkua. Tässäkin tutkimuksen tekijä voi hyödyntää tutkimuspäiväkirjaansa tekemiensä valintojen perusteluissa. On tosin huomattava, että laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, ettei toinen tutkija kuitenkaan välttämättä päätyisi samoihin johtopäätöksiin edes saman aineiston perusteella. Refleksiivisyys edellyttää, että tutkija tarkastelee sitä, mikä on hänen oman toimintansa vaikutus tutkimusaineistoon ja -prosessiin. Nämä asiat tulee myös kuvata tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Siirrettävyyden (transferability) kriteerin mukaisesti tutkimustulosten tulee olla siirrettävissä muihin samanlaisiin tilanteisiin. Tutkijan onkin tutkimusraportissaan kuvattava tutkimuskonteksti (esimerkiksi osallistujien valinta ja taustat) tarkasti. Näin lukija voi arvioida, onko tutkimuksen tuloksia mahdollista siirtää toiseen ympäristöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Opinnäytetyön tekoon käytettävä pitkä aika (n. 1 vuosi) vahvistaa opinnäytetyön tulosten uskottavuutta. Tämän ajan kuluessa käsitys ja ymmärrys esimerkiksi tutkimuksen

teoreettisista lähtökohdista on saanut pikkuhiljaa kasvaa ja kehittyä. Tässä opinnäytetyön raportissa tutkimusprosessi sekä tutkimuksen tiedonantajien taustat on pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Opinnäytetyön tekijä on reflektoinut omia opinnäytetyön aiheeseen liittyviä ajatuksiaan ja ennakkokäsityksiään prosessin kestäessä esimerkiksi opinnäytetyön ohjaustilaisuuksissa ja seminaareissa. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta parantaa se, ettei opinnäytetyön tekijällä tutkimuksen alkajalla ollut selvää ennakkokäsitystä siitä, miten pitkäaikaispotilaiden omaiset kokevat omahoitajuuden toteutuvan terveystieteiskussairaalaissa. Tämä mahdollisti osaltaan kartoituksen tulosten suhteellisen puolueettoman tarkastelun.

On mahdollista, joskaan ei todennäköistä, että haastateltavat ”kaunistelivat” todellisia mielipiteitään haastattelussa. Tätä mahdollisuutta pyrittiin pienentämään korostamalla jokaisen haastattelun alussa haastattelijan omaa ulkopuolisuutta terveystieteiskussairaalan toimintaympäristöön nähden. Haastateltaville kerrottiin, ettei haastattelija työskentele kyseisessä terveystieteiskussairaalaissa, eivätkä heidän haastattelussa kertomansa asiat vaikuta millään tavalla heidän omaisensa hoitoon.

### **6.3 Eettiset kysymykset**

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on pohja tutkimuksen eettisyydelle, uskottavuudelle ja luotettavuudelle. Jokainen tutkija vastaa ensisijaisesti itse siitä, että tutkimuksessa noudatetaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa tulee toimia rehellisesti, huolellisesti ja tarkkuutta noudattaen. Tutkimukselle hankitaan asianmukainen tutkimuslupa. Käytettävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät valitaan tutkimuksen kriteereihin sopien ja eettistä harkintaa noudattaen. Ennen tutkimuksen aloittamista sovitaan yhteiset toimintatavat tutkimuksen toimijoiden kesken. Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa toimitaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Muiden tutkijoiden työtä kunnioitetaan. Tutkimuksesta viestitään avoimesti ja vastuullisesti. Mahdolliset taloudelliset tai muut sidonnaisuudet sekä mahdollinen esteellisyys päätöksenteossa tehdään näkyviksi kaikille asianosaisille, ja tietosuojaa koskevat kysymykset huomioidaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset voidaan jaotella kahteen kategoriaan: vilppiin ja piittaamattomuuteen. Vilppi tieteellisessä toiminnassa voi tarkoittaa sepittämistä (fabrication), jolloin tiedeyhteisölle esitetyt havainnot ovat kokonaan keksittyjä, tai niitä ei ole tuotettu tutkimusraportissa kuvatulla tavalla. Vääristelyllä (falsification, misrepresentation) tarkoitetaan havaintojen tarkoituksellista muokkaamista, tutkimustulosten muuttamista tai valikointia tai olennaisten tietojen esittämättä jättämistä. Plagiointi (plagiarism) ja anastaminen (misappropriation) tarkoittavat jo julkaistun tai muuten tietoon saadun materiaalin luvaton lainaamista tai kopiointia eli esittämistä omana. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä merkitsee laiminlyöntejä ja vastuuttomuutta tutkimusprosessin kestäessä. Käytännössä se tarkoittaa esimerkiksi muiden tutkijoiden työpanoksen vähättelyä, tutkimuksen toteutuksen ja tulosten huolimatonta kirjaamista, säilyttämistä ja raportointia, samojen tutkimustulosten julkaisemista uudelleen (itsensä plagiointi) ja yleisesti tiedeyhteisön harhauttamista jollakin tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8–9.)

Tutkimusaiheen valinta on tutkimusprosessin ensimmäisiä eettisiä valintoja. Yleisesti ottaen voidaan todeta, että tutkimusaiheen tulee olla hyödyllinen ja tieteellisesti mielekäs, ja sen tulee kartuttaa tieteenalan tietoperustaa. Tutkimusaihetta valittaessa tulee arvioida, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin henkilöihin. Tutkimusaihe ei saa loukata tai väheksyä ketään. Jos tutkimusaihe on kovin sensitiivinen, sen erityisluonne tulee huomioida jo tutkimussuunnitelmaa laadittaessa esimerkiksi niin, että etukäteen pohditaan mahdollisten tutkimuksesta tiedonantajille aiheutuvien haittojen minimoimisesta ja jatkokäsittelyä. Poikkeuksellisen haavoittuviksi katsottujen tiedonantajaryhmien (esimerkiksi lapset, vanhukset, psyykkisesti sairaat, vähemmistöt) suojeluun tulee tutkimusprosessissa kiinnittää erityistä huomiota. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177; Leino-Kilpi 2009, 365; Kylmä & Juvakka 2012, 144–145; 153.)

Koko opinnäytetyöprosessin aikana on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä parhaan ymmärryksen mukaan. Toiminta muita tutkimukseen osallistuvia (yhteistyökumppanit, tutkimuksen tiedonantajat) kohtaan on ollut vastuullista. Niitä henkilöitä, joiden tekemään työhön ja tutkimukseen opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat perustuvat, on kunnioitettu merkitsemällä teksti- ja lähdeviitteet selvästi opinnäytetyön raporttiin. Yhteistyö muiden opinnäytetyön tekemiseen osallistuvien tahojen (terveyskeskussairaalan henkilökunta, opinnäytetyön ohjaaja Tampereen ammattikorkeakoulussa; opponentit) kanssa on ollut sekä tieteelliselle että ammatilliselle toiminnalle asetettujen vaatimusten

mukaista ja hyvin toimivaa. Luvan terveystieteiden keskuksessa toteutettavalle tutkimukselle on myöntänyt kyseessä olevan kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden johtaja. Koko prosessin ajan terveystieteiden keskuksen organisaatiota on tiedotettu työn etenemisestä sovitun yhteyshenkilön kautta. Erityisen aktiivista tämä yhteydenpito on ollut haastattelujen suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Opinnäytetyön tulokset esitetään terveystieteiden keskuksen henkilökunnalle opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa.

Tutkimuksen tiedonantajien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen tulee olla ensisijaisia jopa tutkimuksen valmistumiseen nähden. Tutkimus ei saa aiheuttaa osallistujille vahinkoa. Heitä koskevan tutkimustiedon tulee pysyä luottamuksellisena, ja tutkittavien anonymiteetti tulee turvata koko tutkimusprosessin ajan. Kerättyjä tietoja ei saa käyttää muuhun kuin tutkimussuunnitelmassa selvitettyyn tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista. Jotta tutkittava voi päättää osallistumisestaan, hänen täytyy saada riittävästi tietoa tutkimuksesta. Tutkijan täytyy tiedottaa häntä tutkimuksen tavoitteesta, tutkimusmenetelmistä ja tutkimukseen mahdollisesti sisältyvistä riskeistä. Tutkittavalle tulee myös selvittää, että hän voi halutessaan keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa, tai jälkikäteen kieltää itseään koskevan tiedon käytön tutkimuksessa. Vasta saatuaan nämä tiedot tutkittava voi antaa vapaaehtoisen, tietoisensa suostumuksensa osallistua tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–179; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimukseen osallistuvien ihmisten oikeudet ja hyvä kohtelu ohjaavat aina tutkimuksen toteutusta. Tutkittavia tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Johdattelun tai manipuloinnin tulee olla täysin poissuljettua. Tutkimustulosten raportointi itsessään on tutkijan eettinen velvollisuus. Tutkimusraportin kirjoittamisen eettisiä periaatteita ovat avoimuus, rehellisyys ja tarkkuus, kuitenkin niin, että tutkimusraportista tulee poistaa kaikki sellainen materiaali, joka voisi johtaa haastateltavan tunnistamiseen. (Leino-Kilpi 2009, 367; Kylmä & Juvakka 2012, 151, 154.)

Haastatteluun suostuneet pitkäaikaispotilaiden omaiset mahdollistivat tämän opinnäytetyön valmistumisen. Haastateltavaksi asettumista voidaan pitää luottamuksen osoituksena haastattelijaa kohtaan. Erityisenä huolenaiheena on koko opinnäytetyöprosessin ajan ollut tutkimuksen tiedonantajien paras mahdollinen kohtelu. Haastateltujen henkilöiden hyvinvoinnista on pyritty huolehtimaan mahdollisimman tarkasti. Heiltä saatua tietoa on pyritty käsittelemään niin, että mahdollisimman hyvin ymmärrettäisiin heidän

todellinen sanomansa opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Kerta kerran jälkeen haastatteluaineistoa on tarkasteltu uudelleen jotta havaittaisiin onko haastateltavia johdateltu tai manipuloitu haastattelijan taholta. Jos tällaisesta on herännyt epäily, kyseinen kohta on poistettu tutkimusaineistosta.

Tutkittavat saivat sekä suullista että kirjallista tietoa tutkimuksesta. Sitä annettiin heille etukäteen haastatteluajan sopimisen yhteydessä, ja uudelleen haastattelutilanteessa. Useimmat haastatteluun suostuneet saivat kirjallisen tiedotteen (liite 3) etukäteen ennen haastattelua. Haastattelutilanteessa kysyttiin, olivatko he saaneet tämän tiedotteen. Jos he eivät olleet saaneet sitä, se annettiin heille haastattelutilanteessa ennen haastattelun aloittamista, ja se käytiin läpi yhdessä heidän kanssaan. Haastattelutilanteessa kaikkien haastateltavien kanssa käytiin suullisesti läpi osallistumisen peruuttamiseen ja keskeyttämiseen sekä anonymiteettiin liittyvät asiat. He saivat opinnäytetyön tekijän yhteystiedot osallistumisen peruuttamista tai mahdollisia myöhemmin mieleen tulevia lisäkysymyksiä varten. Sekä ennen haastattelun aloittamista että haastattelun päätteeksi heitä kehoitettiin kysymään kaikista mieleen tulevista, tutkimukseen liittyvistä asioista. Ennen haastattelun aloittamista kaikki haastateltavat allekirjoittivat tietoisuuden suostumuksen haastatteluun (liite 4).

#### **6.4 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyöprosessin edetessä perhehoitotyön näkökulma pitkäaikaishoidon hoitotyössä korostui jatkuvasti yhä enemmän. Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaiden omaiset eivät ehkä osaa ajatella itseään osana potilaan hoitoa. He eivät osaa myöskään odottaa itselleen hoitoa tai huolenpitoa omahoitajan taholta. Olisi mielenkiintoista pohdita ja selvittää, mitä lisäarvoa omahoitajan toiminta voisi tuottaa omaisten hyvinvoinnille.

Vaikka keskustelu omahoitajuudesta on viime vuosina Suomessa hieman hiipunut, on omahoitajuus monien mielipiteiden mukaan edelleen ylivoimaisesti paras toimintamalli myös pitkäaikaishoidon hoidossa (Alanen 2013). Opinnäytetyön tulosten mukaan omahoitajan työnkuva oli epäselvä osalle haastatelluista. Omahoitajan työn tunnetuksi tekeminen voisi osaltaan vahvistaa ja kehittää omahoitajuutta, ja sitä kautta auttaa saamaan kaikki omahoitajuuteen liittyvät mahdollisuudet ja voimavarat käyttöön. Opinnäy-



tetyön tulosten valossa voidaan esittää, että omaisten tietämystä omahoitajuudesta tulisi lisätä.

## 6.5 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Haastattelurungon laatiminen ja haastattelukysymysten teko oli yksi haastavimmista asioista koko opinnäyteprosessissa. Jälkikäteen ajateltuna olisi mahdollisesti ollut selvintä vain kääntää opinnäytetyön tehtävät kysymyksiksi, ja edetä haastattelussa niiden pohjalta. On mahdollista, että haastattelurunko (liite 2) laadittiin liian yksityiskohtaiseksi, ja siten keskustelua ohjailtiin liikaa. Juuri tästä Kylmä ja Juvakka (2012, 78, 80) varoittavat ja toteavat, että näin toimittaessa haastateltavien todellinen sanoma saattaa jopa jäädä kuulematta. Ehkä haastattelun liian tiukka raamittaminen onkin juuri aloittelevan tutkijan ongelma – vapaampi, tilanteenmukainen toiminta haastattelutilanteessa mahdollistuu todennäköisesti osaamisen ja rohkeuden kehittymisen myötä.

Tehdystä koehaastattelusta huolimatta osa laadituista haastattelukysymyksistä osoittautui jossain määrin epäonnistuneiksi. Esimerkiksi teemoihin 2 (Potilaslähtöisyyden periaate omahoitajan toiminnassa) ja 4 (Millainen on hyvä omahoitaja?) tuottivat vain osittain opinnäytetyön tehtävien kannalta relevanttia tietoa. Suureksi osaksi ne tuottivat sellaista omahoitajuuteen liittyvää tietoa, joka oli sinällään mielenkiintoista, mutta opinnäytetyön tehtävien kannalta hyödytöntä. Nämä asiat jätettiin luonnollisesti tutkimusaineiston ulkopuolelle. Tässä kohtaa tutkimustehtävien muokkaus olisi mahdollisesti ollut tarpeen. Eräs kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirre on dynaamisuus, joka saat-  
taa tarkoittaa esimerkiksi tutkimustehtävien muuttumista tai täsmentymistä tutkimusprosessin kuluessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 51). Tämä jäi kuitenkin kehityshaasteeksi mahdollisten tulevien tutkimusten varalle.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli pitkäjänteisyyttä vaativa ponnistus, joka opetti paljon. Opinnäytetyön teossa työparilla tai sen puuttumisella on suuri merkitys. Työn kuluessa olisi varmasti ollut hyödyksi punnita erilaisia ajatuksia työparin kanssa. Tässä opponetit, ohjaava opettaja, työelämäyhteyshenkilö sekä samassa tilanteessa olevat opiskelutoverit olivat suurena apuna.

## LÄHTEET

Alanen, S. 2013. Erilaiset omahoitajamallit – eroa hoitajien työtyytyväisyydessä? Luento. Koulutustilaisuus 26.4.2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY, 25–42.

Hegyvary, S. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Suom. Suistola, A. & Virtanen, T. Helsinki: Kirjayhtymä. Alkuperäinen teos 1982.

Heikkilä, T. & Larivaara, P. 2009. Perhekeskeinen moniammatillinen vanhusten hoito. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 175–192.

Henriksson, L. & Wrede, S. 2004. Hyvinvointityön ammattien tutkimus. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 9–19.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. Tutkiva hoitotyö 2(4), 24–29.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistäminen. Toimintatutkimus lastenosastolla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

International Council of Nurses. 2012. The ICN Code of Ethics for Nurses. Luettu 13.10.2013. [www.icn.ch](http://www.icn.ch).

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laaksonen, K. 1994. Erilaiset toimintamallit hoitotyön käytännössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) Potilaskeskeinen hoitotyö – askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä, 76 – 84.

Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY, 360–377.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 19–33.

Manthey, M. 2009. The 40th Anniversary of Primary Nursing: Setting the Record Straight. *Creative Nursing* 15 (1), 36-38.

Manthey, M. & Lewis-Hunstiger, M. 2006. Relationship based care – Customized Primary Nursing. *Creative Nursing* 12 (1), 4-9.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2008. Omaiset pitkäaikaishoidossa. *Sairaanhoitaja* 11/2008, 16–18.

Nyman, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Paavilainen, E. 2009. Perhe vieraana sairaalassa. Teoksessa Jallinoja, R. (toim.) Vieras perheessä. Helsinki: Gaudeamus, 219–235.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY, 14–24.

Pontin, D. 1999. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 584–591.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Potinkara, H. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Tiedon antaminen kriittisesti sairaan potilaan läheisille. *Suomen lääkäri* 60 (25–26), 2779–2782.

Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22(2), 141–152.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 11.3.2013. [www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012a. Terveiden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. THL:n vuosittainen ennakointiraportti.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012b. Terveyskeskusten vuodeosastohoito 2010. Tilastoraportti.

Tilastokeskus. 2012. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900-2060. Päivitetty 28.9.2012. Luettu 11.3.2013. [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi).

Tukiainen, S. & Lindroos, S. 2009. Perheen rakenteet ja kehitysvaiheet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 36–56.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Luettu 20.3.2013. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi).

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksia 142. Helsinki: Stakes.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen – kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Sairaanhoitaja 11/2007, 31-33.

## LIITTEET

### Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

1/3

| Tutkimus   | Tarkoitus   | Menetelmä  | Keskeiset tulokset  |
|--|---|--|---|
| <p>Hopia, H.<br/>2006</p> <p>Somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistäminen. Toimintatutkimus lastenosastolla</p> <p>Väitöstutkimus</p>           | <p>Tarkoituksena oli tuottaa substantiivinen teoria somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistämisestä lapsen sairaalahoidon aikana sekä arvioida perhehoitotyön toteutumista ja kehittää sitä lastenosastolla toimintatutkimuksen keinoin.</p>  | <p>Perhehaastattelut (n=82 perheenjäsentä), ryhmähaastattelut (n=40 hoitajaa), hoitajien ja perheiden vuorovaikutuksen havainnointi (84 t).</p> <p>Aineisto kerättiin kahden eri sairaalan lastenosastoilla.</p> <p>Grounded theory -metodologia</p>       | <p>Pitkäaikaissairaalan lapsen perheet tarvitsevat apua vanhemmuuden vahvistamisessa, tunnekuorman jakamisessa ja arkipäivässä selviytymisen tukemisessa. Hoitajilla on erittäin hyvät mahdollisuudet vastata tähän tarpeeseen kohtaamalla perheen todellisuus. Tutkimuksessa havaittiin eroja hoitajien välillä siinä, kohtasivatko he perheen todellisuuden.</p>  |
| <p>Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. &amp; Åstedt-Kurki, P.<br/>2004</p> <p>Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa</p> | <p>Tarkoituksena oli kuvata vuorovaikutusta sairaalapotilaan omaisen ja henkilökunnan välillä sekä sitä, mitkä tekijät edistävät ja vaikeuttavat vuorovaikutussuhdetta potilaan ja omaisen näkökulmasta.</p>  | <p>Tiedonantajina omaiset (n=100) ja potilaat (n=146)</p> <p>Kvalitatiivinen/kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kyselylomake, jossa avoimia ja valintakysymyksiä. Avoimien kysymysten analyysi sisällyksenä. Valintakysymysten analyysi SPSS-ohjelmalla.</p> | <p>Vuorovaikutusta omaisen ja henkilökunnan välillä pidettiin tärkeänä. Vuorovaikutus koski pääasiassa potilaan senhetkistä vointia. Omaisen oma vointi tai omaisen kotona selviytymisen tukeminen eivät olleet esillä keskusteluissa. Vuorovaikutusta edistivät henkilökunnan tarjoama mahdollisuus keskusteluun, ystävällinen suhtautuminen omaisiin sekä näiden oma kiinnostus vuorovaikutukseen henkilökunnan kanssa. Vuorovaikutusta vaikeuttivat henkilökunnan kiire, vuorotyö ja vaikea tavoitettavuus sekä omaisten arkuus.</p> |
| <p>Munnukka, T.<br/>1993.</p> <p>Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön.</p> <p>Väitöstutkimus</p>  | <p>Tarkoituksena oli muuttaa hoitotyön käytäntöä ja saada tietoja, joiden avulla toimintaa voidaan tavoitteellisesti kehittää. Tutkimuksessa kuvataan ja arvioidaan sitä, miten tehtävien hoidosta siirrytään yksilövastuiseen hoitotyöhön ja miten hoito muuttuu, sekä yksilövastuiseen ja tehtäväkeskeiseen hoitotyön rakenteita, prosesseja ja tuloksia.</p> | <p>Potilaiden haastattelut (n=125). Kysely hoitotyöntekijöille (n=88), lääkäreille (n=17) ja omaisille (n=64). Osastonhoitajien päiväkirjat. Aineistona myös muistioita, toimintakertomuksia ja tilastoja.</p> <p>Sisällön erittely</p>                    | <p>Yksilövastuiseen hoitotyön avulla voidaan edistää potilaiden hyvää oloa ja terveyttä. Tämä mahdollistuu, kun potilaan ja omahoitajan suhde on sellainen, että potilas voi ottaa vastaan turvaa ja läheisyyttä, tulla oikealla ajalla autetuksi, hallita omaa elämäänsä ja nähdä itselleen uusia mahdollisuuksia.</p>   |

(jatkuu)

| Tutkimus   | Tarkoitus  | Menetelmä  | Keskeiset tulokset   |
|--|--|--|--|
| <p>Nyman, A.<br/>2006.</p> <p>Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana.</p> <p>Pro gradu -tutkielma</p>  | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuvat potilaiden arvioimana sekä miten tarpeellisena potilaat kokevat yksilövastuisen hoitotyön.</p> | <p>Kyselylomake (N=146).</p> <p>Tilastollinen analyysi SPSS-ohjelmalla.</p>  | <p>Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuivat potilaiden arvioimana hyvin. Vastaajista <math>\frac{3}{4}</math> oli jäänyt ilman omahoitajaa tai ei ollut tietoinen omahoitajan nimeämisestä. Omahoitajan nimeämisellä oli yhteys lähes kaikkien yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisessa. Omaisten mukaan ottaminen potilaan hoitamiseen ei toteutunut vastaajien mielestä hyvin. Hoidon jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta voidaan parantaa ottamalla huomioon myös potilaan omaiset.</p>  |
| <p>Potinkara, H.<br/>2004</p> <p>Auttava kanssakäyminen. Substanttiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä.</p> <p>Väitöstutkimus</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substanttiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä.</p>  | <p>Tiedonantajina (N=46) kriittisesti sairaan potilaan läheiset, sairaanhoitajat ja lääkärit kahden eri sairaalan tehosastolta.</p> <p>Tiedonkeruumenetelminä teemahaastattelut, esseekysymyslomakkeet ja päiväkirjat.</p> <p>Grounded theory – metodologia.</p> | <p>Kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus on auttavaa kanssakäymistä. Auttava kanssakäyminen on hoitavan henkilön läsnäolemisestä ja läheisen voiman lisäämistä. Hoitavan henkilön ja läheisen suhde voi olla läheistä tai etäistä. Yhteistyön lopputuloksena on joko läheisen luottamus tai epäluottamus potilaan hoitoa ja hoitavia henkilöitä kohtaan. Yhteistyön mahdollistavat läheisen mahdollisuus olla osana potilaan hoitoa ja hänen mahdollisuutensa olla potilaan vierellä. Yhteistyössä vaikuttavat hoitavan henkilön ja läheisen ensikohtaaminen ja hoitavan henkilön riittämättömyyden tunne.</p> |
| <p>Rantanen, A.,<br/>Heikkilä, A.,<br/>Asikainen, P.,<br/>Paavilainen, E. &amp;<br/>Åstedt-Kurki, P.<br/>2010</p> <p>Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa - pilottitutkimus</p>            | <p>Tarkoituksena oli kuvata perheiden hoitohenkilökunnalta saamaa tukea sekä perheiden tukemiseen yhteydessä olevia taustatekijöitä perheenjäsenten arvioimana.</p>                              | <p>Tiedonantajina omaiset (n=192)</p> <p>Tilastollinen analyysi SPSS-ohjelmalla</p>  | <p>Perheiden tukemisen muodoista toteutui parhaiten kohtaaminen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa ja heikoimmin perheenjäsenten osallistuminen asiakkaan hoitoon. Perheen tukemisen eri muotoihin oli yhteydessä perheenjäsenen suhde asiakkaaseen ja se, asuiko perheenjäsen samassa taloudessa asiakkaan kanssa. Lisäksi sekä perheenjäsenen että asiakkaan ikä oli yhteydessä perheiden tukemisen eri muotoihin.</p>  |

(jatkuu)

| Tutkimus  | Tarkoitus   | Menetelmä  | Keskeiset tulokset   |
|---|---|--|--|
| <p>Voutilainen, P.<br/>2004</p> <p>Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa</p> <p>Väitöstutkimus</p> | <p>Tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitotyön laadusta ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa laadun rakenteellisten edellytysten, ammatillisen toiminnan ja hoitotyön tulosten näkökulmasta.</p> | <p>Viisiosainen tutkimus.</p> <p>Aineiston keruu kansallisista tilastoista, kirjallisuuskatsauksesta, potilasasiakirjoista (n=332), omaisille suunnatulla kyselyllä (n=474)</p> <p>Tilastotietojen analyysi EVERGREEN 2000 -ohjelmistolla. Potilasasiakirjojen analysointi Senior Monitor –mittarilla. Kyselyn tulosten analysointi SPSS-ohjelmalla, avointen kysymysten sisällön analyysillä.</p> | <p>Tutkimustulokset osoittivat, että perinteinen vanhainkotihoito väheni ja palveluasuminen voimakkaasti lisääntyi. Työntekijöiden koulutustaso parani. Henkilöstömitoitukset olivat varsin alhaiset. Keskeiset kehittämistarpeet liittyivät asiakkaiden tarpeiden tarkkaan määrittämiseen, tavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Omaisat arvioivat hoitotyön laadun hyväksi. He olisivat kuitenkin halunneet osallistua hoitoon enemmän.</p> |

## Liite 2. Teemahaastattelun runko

### 0. Taustatiedot

- Haastateltavan ikä
- Haastateltavan koulutustaso
- Mikä on haastateltavan suhde potilaaseen?
- Kauanko haastateltavan omainen (potilas) on ollut hoidossa terveyskeskussairaalassa?
- Kuinka usein haastateltava käy osastolla/soittaa ja keskustelee potilaan ja/tai hoitohenkilökunnan kanssa?

### 1. Omahoitajan työn toteutuminen käytännössä

- Mitä sana ”omahoitaja” mielestänne tarkoittaa?
- Mitä asioita mielestänne kuuluu omahoitajan tehtäviin?
- Millaisissa asioissa olette ollut tekemisissä omahoitajan kanssa?
- Mikä on mielestänne omahoitajan tärkein tehtävä?

### 2. Potilaslähtöisyyden periaate omahoitajan toiminnassa

- Miten yksilöllisyyden ja potilaslähtöisyyden tavoite mielestänne toteutuu omahoitajan toiminnassa?
- Miten omainen ja potilas voivat mielestänne vaikuttaa hoitotyön toteutukseen?
- Miten näkemyksenne mukaan omahoitaja huomioi potilaan ja perheen yksilöllisyyden?

### 3. Omaisen suhde omahoitajaan

- Millainen on oma suhteenne omahoitajaan?
- Millaista apua tai tukea olette saaneet itsellenne omahoitajalta?
- Millaista apua tai tukea toivoisitte itsellenne omahoitajalta?

### 4. Millainen on hyvä omahoitaja?

- Millaisia ominaisuuksia ajattelette hyvällä omahoitajalla olevan?
- Mitä asioita toivoisitte omahoitajalta?
- Miten kehittäisitte omahoitajuutta?



## Liite 3. Tiedote

TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

TIEDOTE

18.4.2013

Hyvä omainen!

Pyydän Teitä haastateltavaksi opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää pitkäaikaisspotilaiden omaisten kokemuksia omahoitajuudesta Valkeakosken terveyskeskussairaalan osastoilla. Tavoitteena on kerätä tietoa, jonka avulla pitkäaikaisspotilaitten hoitoa voitaisiin kehittää. Luvan opinnäytetyölle on myöntänyt Valkeakosken kaupungin sosiaali- ja terveysjohtaja.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kuutta pitkäaikaisspotilaan omaista. Osallistujat valitaan osastoilla pisimpään olleiden pitkäaikaisspotilaiden omaisten joukosta. Haastattelussa kartoitetaan Teidän kokemuksianne ja näkemyksiänne siitä, miten omahoitajuus toteutuu terveyskeskussairaalassa oman omaisenne kohdalla. Haastattelu toteutetaan terveyskeskussairaalan tiloissa. Haastattelu kestää noin puoli tuntia, ja se nauhoitetaan.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään niin, ettei kukaan ulkopuolinen pääse siihen käsiksi.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theus-tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Jenni Huikarinen  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
puh. xxx xxx xxxx  
jenni.huikarinen@health.tamk.fi

## Liite 4. Suostumus

TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

SUOSTUMUS

## PITKÄAIKAISPOTILAIEN OMAISTEN KOKEMUKSIA OMAHOITAJUUDESTA

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata pitkäaikaisspotilaiden omaisten kokemuksia omahoitajuudesta terveyskeskussairaalan osastoilla. Olen saanut myös mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

## Liite 5. Sisällönanalyysin eteneminen

Taulukko 1. Omaha hoitajan rooli potilaan hoidossa

1/4

| Pelkistetty ilmaus  | Alaluokka   | Yläluokka                    | Päälouokka        |
|---|---|------------------------------|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- seuraa hoitosuunnitelman toteutumista</li><li>- on potilaan hoidon asiantuntija</li><li>- paneutuu potilaan hoitoon</li><li>- hoitaa potilasta muita hoitajia kokonaisvaltaisemmin</li></ul>  | huomioi potilaan hoidon kokonaisuuden                                 | Potilaan hoitaja             | Omahoitajan rooli |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- seuraa potilaan vointia</li><li>- tarkkailee potilaan vointia</li></ul>   | seuraa potilaan vointia   |                              |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- on olemassa potilasta varten</li><li>- on potilaan käytettävissä tiettyjen raamien puitteissa</li><li>- huomioi potilaan</li></ul>  | toimii yhteistyösuhteessa potilaan kanssa                             |                              |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- huolehtii paperitöistä</li><li>- tarkastaa potilasta koskevia tietoja potilastietojärjestelmistä</li><li>- dokumentoi potilaan päivittäisen voinnin</li><li>- kirjaa potilaan hoidon potilastietojärjestelmiin</li></ul>                                      | toimii hoitotyön dokumentoijana                                       | Dokumentoija                 |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- toimii potilaan edustajana suhteessa lääkäriin</li><li>- pitää yhteyttä lääkäriin potilaan asioissa</li><li>- toteuttaa lääkärin määräämät muutokset potilaan hoidossa</li></ul>  | toimii välittäjänä potilaan ja lääkärin välillä                       | Yhteydenpitäjä ja välittäjä  |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- on omaisen käytettävissä</li><li>- vastaa potilaan hoidosta omaiselle</li><li>- huomioi omaiset</li><li>- informoi omaisia potilaan kuulumisista</li><li>- pitää omaisen ajan tasalla potilaan kuulumisista</li><li>- tiedustelee omaisten toiveita</li></ul> | toimii yhteydenpitäjänä omaisten suuntaan                             |                              |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- vastaa harvoin toistuvista asioista potilaan hoidossa</li><li>- hakee ratkaisuja ongelmatilanteisiin</li><li>- selvittää ongelmatilanteita</li></ul>  | toimii vastuullisena poikkeavissa tai harvoin toistuvissa tilanteissa |                              |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- siirtää hoitovastuun korvaavalle hoitajalle tarvittaessa</li><li>- kantaa vastuun potilaan hoidosta</li><li>- kantaa päävastuun potilaan hoidosta</li><li>- vastaa potilaan hoidon kokonaisuudesta</li></ul>  | kantaa vastuun potilaan hoidosta                                      |                              |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- ei ole ratkaisevassa roolissa potilaan hoidon kannalta</li><li>- ei ole välttämätön henkilö potilaan asioista keskusteltaessa</li></ul>   | toimii yhtenä hoitajana muiden joukossa                               | Yksi hoitaja muiden joukossa |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- ei voi olla aina potilaan käytettävissä</li></ul>   | hoitaa myös muita potilaita   |                              |                   |

(jatkuu)

Taulukko 2. Omahoitajuuden toteutuminen käytännössä

| Pelkistetty ilmaus   | Alaluokka   | Yläluokka                            | Pääluokka                               |
|--|---|--------------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- kysyy omaisten kuulumisia oma-aloitteisesti</li><li>- kartoittaa omaisen voimavaroja</li><li>- kehottaa omaista huolehtimaan omasta jaksamisestaan</li><li>- kartoittaa omaisen jaksamista</li><li>- kartoittaa omaisen toiveita</li></ul>   | huolehtii omaisten jaksamisesta                         | Omaisten hyvinvoinnin varmistaminen  | Omahoitajuuden toteutuminen käytännössä |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- huomioi tarjoamalla kahvia</li><li>- osoittaa välittämistä fyysisellä eleellä</li><li>- rohkaisee oman ajan ottamiseen</li></ul>   | tukee omaisten jaksamista                               |                                      |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- osallistuu hoitoneuvotteluun</li><li>- vastaa potilaan saanutuksesta</li><li>- huolehtii potilaan hygieniasta</li><li>- huomioi potilaan tarpeen ulkoiluun</li><li>- huolehtii paperitöistä</li><li>- viestii potilaan hoitosuunnitelman korvaaville hoitajille</li></ul>  | huolehtii päivittäisistä hoitotyön toiminnoista         | Hoitotyön toiminnoista huolehtiminen |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- kartoittaa omaisen toiveet koskien potilaan viimeisiä hetkiä</li><li>- huomioi omaisten toiveet koskien potilaan hoitoa</li><li>- omahoitajaa vaihdettiin omaisen ehdotuksen pohjalta</li><li>- tiedustelee omaisilta potilaan yksilöllisiä mieltymyksiä</li><li>- tiedustelee omaisilta vinkkejä potilaan yksilölliseen hoitoon</li></ul> | huomioi omaisten toiveet potilaan hoidon suhteen        | Yhteistyö omaisten kanssa            |   |
| - omainen tukee omahoitajaa tämän työssä   | saa työhönsä tukea omaiselta                            |                                      |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- keskustelelee omaisen kanssa oma-aloitteisesti</li><li>- keskustelelee omaisen kanssa</li><li>- rohkaisee omaista puhumaan lisää</li><li>- on valmis keskustelemaan kaikesta</li><li>- keskustelelee muusta kuin hoitotyöhön liittyvästä</li><li>- esitteli itsensä omaiselle</li></ul>  | keskustelelee omaisen kanssa                            |                                      |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- omaisella ei kontaktia omahoitajaan</li><li>- ei pyrkinyt aktiivisesti luomaan kontaktia omaiseen</li><li>- omaisella ei asiaa omahoitajalle</li><li>- ei ole tiedustellut omaisilta potilaan yksilöllisistä mieltymyksistä</li><li>- omahoitajan työnkuva epäselvä</li></ul>  | ei toimi yhteistyösuhteessa omaisten kanssa             |                                      |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- antaa tietoa kysyttäessä</li><li>- kertoo viimeaikaiset tapahtumat</li><li>- antaa tietoa tapahtumista</li><li>- kertoo kuulumisia</li></ul>   | tiedottaa osaston tapahtumista ja potilaan kuulumisista | Ohjaaminen ja tiedottaminen          |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- ohjaa muiden ammattilaisten luokse tarvittaessa</li><li>- antaa kirjallista materiaalia</li></ul>  | ohjaa muiden tiedonlähteiden ääreen                     |                                      |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- huolehtii tehtävistään</li><li>- hoitaa kaikkia potilaita tasapuolisesti</li></ul>   | toimii työssään eettisesti                              | Eettinen toiminta                    |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- keskustelelee potilaan kanssa</li><li>- viettää aikaa potilaan kanssa</li></ul>  | toimii yhteistyössä potilaan kanssa                     | Yhteistyö potilaan kanssa            |   |
| - on useimmiten tavattavissa   | on omaisen käytettävissä                                | Käytettävissä oleminen               |   |
| - vuorotyö rajoittaa omahoitajan tavoitettavuutta  | on käytettävissä vain rajoitetusti                      |                                      |   |

(jatkuu)

Taulukko 3. Millaisena omaiset kokevat oman suhteensa omahoitajaan?

| Pelkistetty ilmaus   | Alaluokka   | Yläluokka                                     | Päälouokka                 |
|--|---|---|----------------------------|
| - kommunikaatio on rehellistä<br>- kommunikaatio on vastavuo-<br>roista<br>- suhde omahoitajaan mahdollis-<br>taa keskustelun kaikenlaisista<br>asioista | Toimiva kommuni-<br>kaatio                                    | Positiivinen suhde<br>omahoitajaan            | Omaisen suhde omahoitajaan |
| - hyvä suhde<br>- suhde omahoitajaan tuntuu<br>läheiseltä  | Läheinen, hyvä suhde  |   |                            |
| - riittää että omahoitaja hoitaa<br>potilasta<br>- omahoitaja on olemassa poti-<br>lasta varten  | Näkemyks omahoita-<br>jasta vain potilaan<br>hoitajana        | Omahoitajan olemas-<br>saolo potilasta varten |                            |
| - omahoitaja ei ole kysynyt<br>omaisen vointia<br>- omaisen voinnista ei ole kes-<br>kusteltu  | Kokemus siitä, että<br>omaisen vointi on<br>jätetty huomiotta | Voimauttavan suh-<br>teen puuttuminen         |                            |
| - ei ole tullut mieleen, että voisi<br>saada tukea itselleenkin  | Ei ole ajatellut asiaa  | Neutraali suhde<br>omahoitajaan               |                            |
| - suhteesta ei negatiivista sanot-<br>tavaa  | Ei negatiivisia koke-<br>muksia                               |   |                            |
| - ei koe tuen tarvetta<br>- ei koe keskustelun tarvetta<br>- ei koe tarvetta keskusteluun<br>omista asioista   | Ei koe tarvitsevana<br>omahoitajan tukea<br>itselleen         |   |                            |

(jatkuu)

## Tehtävä 4: Miten omaiset toivoisivat omahoitajuuden toteutusta kehitettävän osastoilla?

| Pelkistetty ilmaus  | Alaluokka  | Yläluokka                       | Pääluokka                   |
|---|--|---------------------------------|-----------------------------|
| - kuulumisten kyseleminen potilaalta<br>- tervehtiminen ja kuulumisten kysely potilaalta<br>- potilaan luo meneminen työvuoron alussa | Kontaktin lisääminen omahoitajan ja potilaan välillä | Omahoitajasuhteen vahvistaminen | Omahoitajuuden kehittäminen |
| - omahoitajan ja potilaan henkilökemian toimivuuden seuraminen  | Omahoitajasuhteen toimivuuden varmistaminen          |                                 |                             |
| - ei ole kuullut negatiivisia lausuntoja omahoitajien toiminnasta<br>- ei moitittavaa toiminnassa                                     | Ei moitittavaa                                       | Ei kehitysehdotuksia            |                             |
| - tyytyväisyys omahoitajan toimintaan   | Tyytyväisyys toimintaan                              |                                 |                             |
| - ei toiveita tai kehitysehdotuksia<br>- ei toiveita potilaan hoidon suhteen<br>- luottamus omahoitajan ammattitaitoon                | Hoitovastuun luovuttaminen omahoitajalle             |                                 |                             |